

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

FORMES CLINIQUES DU SYNDROME DE MÉNIÈRE.

Par MM. M. LANNOIS et F. CHAVANNE (de Lyon) (1).

On est vraiment un peu désorienté et bien près d'être pris de vertige en contemplant, du haut du monceau des publications auxquelles il a donné naissance, le cadre nosologique que l'on est convenu d'appeler maladie de Ménière.

A regarder plus attentivement, on ne tarde pas à voir cette impression se transformer en une autre, plus déconcertante peut-être, qui ressemble à celle éprouvée par un alpiniste parti pour escalader quelque passage difficile et s'apercevant qu'un voyageur vient de passer avant lui, laissant une trace toute fraîche. Cette trace, nous l'avons trouvée dans un remarquable travail de von Frankl-Hochwart (2); nous ne pourrions mieux faire bien souvent que de nous laisser guider par elle. Nous sommes heureux de rendre, dès à présent, à ce maître viennois l'hommage qu'il mérite. Nous joindrons à son nom celui de Bonnier (3), dont les études sur le vertige ont contribué, pour une large part, à éclaircir cette délicate question.

C'est en 1861 que Prosper Ménière (4) attira l'attention de

(1) VON FRANKL-HOCHWART, *Der Menieresche Symptomenkomplex*, 2^e Aufl., Wien, 1906.

(2) P. BONNIER, *Le vertige*, Paris, 1904.

(3) P. MÉNIÈRE, Sur une forme de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne (*Bull. de l'Acad.*, 1861, t. XXVI, p. 241). — Mémoire sur les lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale et apoplectiforme (*Gaz. méd.*, 1861, p. 88).

(4) Rapport présenté au *Congrès français d'oto-rhino-laryngologie*, 11 mai 1908.

l'Académie de médecine sur l'affection qui nous occupe. Avant lui sans doute Itard, Saissy et Viricel, Burggraeve, Triquet, d'autres encore avaient pu rencontrer le même tableau symptomatique ; mais personne n'avait su le dégager de toute relation stomacale, cérébrale ou cérébelleuse, en faire en un mot un syndrome auriculaire. Il s'agissait, dans cette première observation, d'une jeune fille se trouvant, une nuit d'hiver, en pleine période menstruelle, sur l'impériale d'une diligence. Subitement elle fut frappée d'une surdité qui s'accompagna de vomissements et de vertiges incessants. Transportée à l'hôpital, elle y mourut le cinquième jour, et l'autopsie, qui révéla l'intégrité du cerveau et de la moelle, montra, dans les canaux semi-circulaires, une exsudation sanguinolente des plus manifestes. La cause directe de la mort resta d'ailleurs inexpliquée en dehors de cette hémorragie labyrinthique.

On le voit, la description était nette et concernait un ordre de faits délimités. Bientôt cependant différents auteurs retrouvèrent dans d'autres circonstances la même réaction symptomatique : le début toutefois n'avait plus allure apoplectiforme ; les lésions siégeaient non plus sur le labyrinthe, mais sur l'oreille moyenne ou l'oreille externe. Bref, cette moisson d'observations devint rapidement si riche que Bonnier put, dans la suite, relever 54 lésions ou troubles des appareils de perception et de transmission susceptibles de provoquer du vertige labyrinthique. Et tout fut entassé dans un cadre unique indifféremment appelé vertige auriculaire, *vertigo ab aure læsa*, vertige labyrinthique, vertige de Ménière, maladie de Ménière.

Maladie de Ménière ! On était loin pourtant de l'affection univoque de 1861. En vain, au Congrès de Milan (1880), E. Ménière avait-il essayé de protester, demandant que l'on réservât le nom de maladie de Ménière à l'entité isolée par son père ; cette confusion de nomenclature subsistait encore en 1900, et Moll dut la signaler à nouveau dans son intéressant rapport au Congrès de Paris. Avec lui et la plupart des otologistes actuels, Politzer notamment, nous pensons que les termes de maladie de Ménière et de vertige de Ménière doivent être définitivement abandonnés : la précision scientifique la plus élémentaire interdit, en effet, d'attribuer à une

série d'éléments aussi disparates que ceux qui nous intéressent une appellation que son caractère personnel oblige à désigner un nombre de faits restreints et bien définis. Notre respect pour l'un de nos grands ancêtres retrouvera du reste assez vite son compte; on peut fort légitimement désigner sous le nom de syndrome de Ménière la triade symptomatique fondamentale et les symptômes accessoires qui constituent le fond commun du tableau clinique revêtu par les diverses formes du vertige auriculaire.

Avant d'aborder l'étude de ces dernières, nous passerons en revue les éléments du syndrome; nous terminerons par le diagnostic différentiel et un aperçu général de l'évolution de la maladie.

I. — Éléments constitutifs du syndrome de Ménière.

Le syndrome de Ménière comprend une série de symptômes que le médecin de l'Institution des sourds-muets de Paris avait mis en relief dans les trois propositions suivantes de sa communication à l'Académie :

1° Un appareil auditif, jusque-là parfaitement sain, peut devenir tout à coup le siège de troubles fonctionnels consistant en bruits de nature variable, continus ou intermittents, et ces bruits s'accompagnent bientôt d'une diminution plus ou moins grande de l'audition;

2° Les troubles fonctionnels ayant leur siège dans l'appareil auditif interne peuvent donner lieu à des accidents réputés cérébraux, tels que vertiges, étourdissements, marche incertaine, tournolements et chutes, et de plus ils sont accompagnés de nausées, de vomissements et d'un état syncopal;

3° Les accidents qui ont la forme intermittente ne tardent pas à être suivis d'une surdité de plus en plus grave, et souvent l'ouïe est subitement et complètement abolie. Tout porte à croire que la lésion matérielle qui est cause des troubles fonctionnels réside dans les canaux semi-circulaires.

Depuis lors, comme nous l'avons dit, la question s'est élargie, et chacun admet que le syndrome de Ménière peut succéder à des affections de l'oreille externe, de l'oreille moyenne, de

l'oreille interne, du nerf acoustique. Son originalité est assurée par le groupement de trois symptômes primordiaux : vertige, bruits subjectifs, hypoacousie ou surdité ; l'absence de l'un des éléments de cette triade est en effet exceptionnelle. Les autres symptômes, au contraire, au premier rang desquels figurent les nausées, les vomissements et le nystagmus, ne sont pas nécessaires à la signature de l'affection.

1° Vertige. — Le vertige occupe, dans le tableau clinique du syndrome de Ménière, une place assez prépondérante pour avoir éclipsé souvent les autres symptômes sous la dénomination de vertige de Ménière, vertige auriculaire, vertige labyrinthique, etc.

Il est assez difficile de définir le vertige, probablement, comme le remarque Bonnier, parce que le vertige n'a pas en physiologie de terme qui lui soit opposable. L'état de non-vertige n'est pas un phénomène, c'est l'absence d'un phénomène ; il est pourtant assuré en nous par un grand nombre de contributions fonctionnelles ; mais celles-ci sont inconscientes ; il nous faut un trouble fonctionnel, le vertige, pour nous apercevoir de leur existence.

Aussi ne doit-on pas s'étonner si les définitions sont presque fatalement incomplètes. Sans vouloir entrer dans les innombrables discussions auxquelles elles ont donné lieu, nous rappellerons seulement quelques-unes d'entre elles. Ce qui domine dans le vertige, c'est, pour Hughlings Jackson (1), « la conscience d'un trouble dans la coordination locomotrice », pour Stephen Mackensie (2), « la conscience de l'équilibration désordonnée ». Grainger Stewart (3) et après lui Weill (4) définissent le vertige : « le sentiment de l'instabilité de notre position dans l'espace relativement aux objets environnants » ; Guéneau de Mussy (5) : « un trouble cérébral, une erreur de sensation,

(1) H. JACKSON, cité par Parker, *On vertigo*, Brain, 1884-1885.

(2) MACKENSIE, article « Vertige » (*Dictionnaire de QUAIN*, 1882).

(3) GRAINGER STEWART, *Clinical lectures on giddiness*, Édimbourg, 1884.

(4) WEILL, Des vertiges (*Thèse d'agrégation*, 1886).

(5) GUÉNEAU DE MUSSY, cité par DÉJÉRINE, art. « Vertiges », in *Traité de pathologie générale* de BOUCHARD, t. V, p. 647.

sous l'influence de laquelle le malade croit que sa propre personne ou les objets environnants sont animés d'un mouvement gyrotaire ou oscillatoire » ; Achard (1) : « la sensation illusoire d'instabilité en vertu de laquelle il semble au sujet qu'il se déplace lui-même ou que les objets environnants se déplacent ».

Plus récemment, quelques auteurs, Grasset (2) et Bonnier notamment, se sont efforcés de creuser plus avant le problème, et leurs conceptions ont provoqué de leur part une intéressante polémique. « Le vertige, dit Grasset, est avant tout une sensation, c'est-à-dire que c'est un phénomène subjectif de conscience. Il peut avoir des causes et des conséquences objectives, mais essentiellement il est subjectif et conscient. » C'est là, dit Bonnier, « confondre le vertige avec ses conséquences subjectives possibles, » avec la sensation vertigineuse ; c'est obscurcir la question que de dire encore avec Grasset « le vertige est une sensation fausse constituée par deux sensations : une sensation de déplacement du corps par rapport aux objets environnants et une sensation de perte de l'équilibre » et de conclure « le vertige est à la fois le signe d'une excitation anormale des centres d'orientation et d'une insuffisance anormale du polygone à assurer l'équilibre ».

Pour Bonnier, au contraire, « le vertige n'est qu'un trouble nucléaire des centres bulbo-protubérantiels du nerf vestibulaire, particulièrement des vastes noyaux étalés sous le plancher du quatrième ventricule, lequel trouble peut être ou n'être pas représenté dans le champ des images conscientes ». Il faut le distinguer de sa représentation corticale.

Ranjard (3) a essayé de concilier ces deux opinions en considérant le vertige comme un phénomène psycho-physiologique constitué par un trouble fonctionnel de l'appareil d'orientation et d'équilibre (phénomène physiologique), associé à une sensation de désorientation et de déséquilibre (phénomène psychique) : ces deux éléments fondamentaux s'accompagnent

(1) ACHARD, « Vertiges », in *Traité de méd.* de BROUARDEL et GILBERT, t. VIII, p. 602.

(2) GRASSET, Le vertige (*Rev. philosophique*, mars-avril 1901).

(3) RANJARD, Le vertige auriculaire (*Thèse de Paris*, 1904-1905).

ou non de troubles accessoires, conséquences du phénomène psychique, ou irradiations du phénomène physiologique.

Quoi qu'il en soit de ces discussions théoriques, on peut, avec Bonnier, admettre que « le vertige est la désorientation subjective directe ou indirecte. Il y a vertige direct quand l'orientation subjective directe principalement par l'appareil vestibulaire et ses centres se trouve primitivement troublée. Quand le vertige apparaît dans tout autre domaine et est produit par retentissement indirect sur les centres de l'espace et par suite sur ceux de l'orientation subjective, il y a vertige d'irradiation ».

Cliniquement, le symptôme vertige comprend deux éléments distincts : 1° la sensation vertigineuse, trouble psychosensoriel subjectif ; 2° le vertige proprement dit, trouble objectif d'incoordination motrice résultant d'un désordre de l'appareil d'orientation subjective et se traduisant par l'impotence fonctionnelle de la station et de la locomotion (inclinaison, latéro-pulsion, rotation à droite ou à gauche, chute en avant ou en arrière, effondrement, dérobement) (Escat) (1). Ces deux éléments sont souvent réunis et plus ou moins confondus, mais ils peuvent être dissociés.

A. SENSATION VERTIGINEUSE. — La sensation vertigineuse éprouvée par le malade comprend quatre variétés : imperception, surperception, illusions et hallucinations d'espace (Bonnier).

L'*imperception d'espace* est une suppression momentanée de l'orientation et de la localisation conscientes ; c'est un état analogue à l'impression fugace que l'on éprouve parfois quand on ferme les yeux et dans le demi-sommeil. La personnalité subjective reste d'ailleurs intacte : « Je continue à tout sentir, disait une malade de Bonnier, mais rien n'est plus nulle part, et moi non plus je ne suis nulle part.

La *surperception d'espace* consiste en une hyperacuité des perceptions d'espace poussée quelquefois jusqu'à l'angoisse. Exercée dans le sens vertical, elle réalise le vertige

(1) ESCAT, *Technique oto-rhino-laryngologique*, p. 225.

vertical ou vertige des hauteurs; dans le sens horizontal, le vertige horizontal ou agoraphobie. Cette dernière, trouble de déséquilibre, doit être distinguée de l'agoraphobie purement psychique due à la peur de tomber. La surperception provoque facilement les autres formes de vertige; elle est moins fréquente que l'imperception, car il y a toujours une petite phase d'imperception dans le vertige (Bonnier).

Les *illusions d'espace* se traduisent par des indications inexactes relativement à la position des objets qui nous entourent et à la nôtre propre: ce seront des illusions d'attitude et des illusions de mouvements; ces dernières constituent un des caractères principaux du syndrome de Ménière.

Les *hallucinations d'espace*, hallucinations d'attitude ou de mouvements le plus souvent, sont assez mal connues. Elles sont peut-être moins rares qu'il ne semble tout d'abord. Certains malades de Bonnier, par exemple, avaient l'hallucination d'un vide ouvert devant eux, de l'allongement démesuré de leurs pieds, celle de devenir immenses; un autre éprouvait, chaque fois qu'il se mouchait ou éternuait, une commotion du tympan droit par suite de la béance de sa trompe; il avait alors un court vertige avec imperception d'espace; puis il lui semblait qu'il était divisé en deux personnes, l'une qui n'avait pas changé d'attitude et une nouvelle, à droite, regardant un peu en dehors; puis les deux individualités somatiques se rapprochaient, se fusionnaient, et le vertige cessait.

Voici un cas où cette sorte de dédoublement de la personnalité était bien indiquée par la malade elle-même:

OBSERVATION I. — M^{me} A. G..., 42 ans, eut un brusque vertige il y a deux ans pour la première fois. Elle s'aperçut alors d'un bruit de rivière dans l'oreille gauche avec diminution de l'ouïe. Ces vertiges revinrent d'abord espacés, après trois semaines, un mois, même trois mois; mais, depuis cinq à six semaines, ils se sont rapprochés et sont devenus plus brusques. Alors qu'apparaissant elle était prévenue, elle est maintenant précipitée par terre, si elle est surprise debout, et cela lui arrive tous les trois ou quatre jours.

Les objets tournent autour d'elle plus qu'elle n'a elle-même

la sensation subjective de vertige; mais, si elle est assise sur une chaise ou dans sa voiture, tout en sachant bien où elle est, il lui semble en même temps qu'elle a roulé sous une table ou qu'elle est tombée sous sa voiture. Elle s'accroche désespérément aux objets environnants, voit son vertige s'exagérer si elle remue la tête; elle a des nausées, mais ne vomit pas.

Elle est très nerveuse, *agoraphobe*; elle ne peut aller seule ni regarder la foule. Elle ne traverserait pas la place Bellecour pour rien au monde; cette seule idée l'angoisse, la fait trembler; les pieds et les mains sont glacés.

Comme elle est obèse, couperosée et digère mal, elle attribuait ses malaises à cet état. Récemment, un médecin lui a dit que ses oreilles étaient en cause, et de fait ses tympans sont généralement épaissis, sans triangle, et elle n'entend la montre à gauche qu'à 6 ou 7 centimètres, tandis que l'audition est normale à droite. Le Weber est G. Cet état est manifestement lié à une ancienne rhinite atrophique actuellement sans croûtes, mais avec coryzas aigus fréquents.

B. VERTIGE PROPREMENT DIT. — Le vertige du syndrome de Ménière est un symptôme essentiellement labyrinthique. Déjà Ménière l'avait considéré comme tel en s'appuyant sur les travaux de Flourens.

Nous n'avons naturellement pas à faire ici la physiologie de l'oreille interne. Nous rappellerons seulement que les expériences de Flourens ont démontré que la section ou l'irritation des canaux semi-circulaires déterminent une série de mouvements du corps dans le sens du canal lésé et des mouvements des yeux. Ces troubles de l'équilibre dépendent non de la lésion du conduit osseux, mais de celle du conduit membraneux qu'il renferme. En effet, l'ouverture du canal osseux sans lésion membraneuse n'entraîne chez le pigeon aucune titubation. Chez l'homme, Moll (1) ayant, au cours d'un évidement, percé un petit trou dans le canal semi-circulaire avec une fraise électrique sans blesser le conduit membraneux, n'observa de même aucune réaction motrice ni pendant ni après l'opération. Jansen eut plusieurs fois l'occasion de faire la même consta-

(1) MOLL, Causes et traitement de la maladie de Ménière (*Ann. des mal. de l'oreille*, déc. 1900, p. 534).

tation, notamment pendant une opération où il fit sauter, sans qu'il se produisît ni trouble de l'équilibre ni nystagmus, un fragment de l'enveloppe osseuse du canal horizontal.

Les phénomènes moteurs consécutifs à une lésion (blessure, piqure, broyage, destruction) des canaux semi-circulaires sont d'autant plus graves que celle-ci est plus marquée. Une simple irritation non traumatique suffit à les provoquer : Breuer et Borchardt ont déterminé chez le pigeon une oscillation de la tête et chez le lapin un clignement d'yeux par pression avec un morceau de papier. Dans 15 cas de cholestéatomes ou de suppuration avec mise à nu des canaux observés par Jansen, on ne notait aucun accident quand les conduits membraneux étaient normaux ; chatouillait-on le point douteux, vertige et nystagmus apparaissaient immédiatement.

La lésion d'un canal déterminant un mouvement irrésistible dans le sens de ce canal, Flourens en avait conclu que cette partie du labyrinthe constituait l'organe périphérique dans lequel résidaient les forces modératrices des mouvements. Mais, comme la section des pédoncules cérébelleux donnait les mêmes résultats, alors que l'ablation du cerveau ne modifiait en rien le phénomène, il fallait, disait-il, chercher dans le cervelet la cause première et fondamentale des mouvements consécutifs à la section des canaux semi-circulaires.

Vulpian, Brown-Séquard, Laborde et Duval, etc., admirent à leur tour une action réflexe, médullaire ou cérébelleuse, ayant un point de départ dans le nerf auditif.

Peu à peu la question se précisa davantage. Goltz considéra les canaux semi-circulaires comme destinés à donner à l'animal la notion de position de sa tête et par suite celle du corps tout entier au moyen de la pression que leur liquide exerce sur les points les plus déclives. Lussana fixa le point de départ des convulsions dans les lésions des ampoules, c'est-à-dire dans les arborisations nerveuses. Les expériences de Crum-Brown, de Mach, de Breuer sur le vertige rotatoire confirmèrent le rôle joué par l'irritation des extrémités nerveuses ampullaires.

L'épreuve du vertige rotatoire se pratique soit en faisant tourner rapidement le sujet autour de son axe vertical, soit

par l'intermédiaire d'un dispositif spécial, l'appareil Mach par exemple. Celui-ci se compose essentiellement d'un plancher horizontal mobile autour d'un axe vertical. Le patient, assis sur une chaise posée sur le plancher, le dos tourné à l'axe de rotation, la pointe des pieds au bord du plancher, a les yeux bandés. Quand on imprime à l'appareil un mouvement de rotation, un individu sain le perçoit exactement ; si l'on arrête brusquement l'appareil, il a au contraire pendant quelques instants la sensation de continuer à tourner, mais en sens inverse. Ces indications lui sont fournies par le liquide contenu dans ses canaux semi-circulaires. Fait-on, par exemple, subir au sujet une rotation à gauche, le liquide dans les canaux horizontaux subit en sens inverse une variation de pression qui s'exerce de gauche à droite et a pour résultat d'exciter l'organe nerveux contenu dans l'ampoule du canal gauche. Lorsqu'on arrête la rotation vers la gauche, la pression du liquide se renverse : c'est alors l'organe nerveux de l'ampoule du côté droit qui subit la pression, et le sujet, arrêté, croit ainsi continuer à tourner en sens inverse jusqu'à ce que l'équilibre de pression soit rétabli. Pareilles notions s'appliquent aux canaux verticaux et vertico-transversaux.

L'importance des canaux semi-circulaires au point de vue de l'orientation est encore confirmée par l'étude du *vertige galvanique*. Si l'on fait passer d'une apophyse à l'autre un courant galvanique de 1 à 8 milliampères, le sujet a (surtout les yeux fermés et sans que ces phénomènes soient constants), au moment de la fermeture du courant, l'illusion du déplacement des objets environnants du pôle négatif au positif et celle de la rotation de son corps dans le même sens ; à l'ouverture du courant, le mouvement lui paraît changer de direction.

A ces manifestations subjectives constatées dans le vertige rotatoire et le vertige galvanique s'adjoignent des phénomènes objectifs, les *mouvements compensateurs*. Ils consistent en oscillations giratoires ou latérales des globes oculaires, dont l'une est brusque, l'autre lente (Hitzig), en des mouvements d'inclinaison et de rotation de la tête et même des mouvements

du tronc. Pendant le vertige galvanique, le corps s'affaisse du côté du pôle positif, et les yeux regardent dans la même direction ; dans le vertige rotatoire, les yeux regardent dans la direction opposée à la direction du mouvement. A l'arrêt, les mouvements compensateurs du tronc sont parfois assez violents pour rompre l'équilibre. Dans les deux expériences, les mouvements réels du corps et des yeux ont une direction telle qu'ils tendent à lutter contre le mouvement giratoire, que nous attribuons faussement aux objets ou même à notre propre corps (Déjerine).

Les mouvements compensateurs manquent chez l'animal privé de labyrinthe ou simplement de canaux semi-circulaires ; ils font également défaut chez un grand nombre de sourds-muets, qui n'éprouvent même souvent aucun vertige pendant les épreuves rotatoire et galvanique, et l'on sait que 56 p. 100 d'entre eux ont des altérations des canaux semi-circulaires (Mygind). Le vertige rotatoire et le vertige galvanique semblent donc avoir leur origine dans l'*irritation des canaux semi-circulaires*.

Ces canaux semi-circulaires sont, pour Bonnier, les principaux organes périphériques du *sens des attitudes*, et c'est là qu'il localise le *sens de l'orientation subjective directe*. Les canaux définissent les variations d'attitude de la tête, celle-ci jouant le rôle le plus important dans l'équilibration du sujet. Disposés dans trois plans perpendiculaires l'un à l'autre, ils nous donnent des sensations qui nous servent à former un *espace idéal* à trois dimensions sur lequel viennent se rapporter toutes les perceptions des autres sens relatifs à la disposition des objets qui nous entourent et à la position de notre propre corps parmi ces objets (M. Duval). Poursuivant sa systématisation, Bonnier attribue en outre : à la macule nerveuse de l'utricule la notion de tension des liquides labyrinthiques (*fonctions manœsthésique et baresthésique*) ; à la macule sacculaire la perception des ébranlements venus de l'extérieur (*fonction seïsthésique et orientation objective*). Le vestibule aurait encore dans ses attributions la perception de l'ébranlement des otolithes (*fonction sismesthésique*) et l'*orientation subjective directe*.

Toutes ces notions sont transmises par le nerf vestibulaire aux noyaux de Deiters et de Bechterew (noyau vestibulaire) et de là au cervelet (faisceau cérébelleux vestibulaire de Thomas) : ce sont elles qui assurent l'état d'équilibre, de non-vertige, et elles le font certainement par l'intermédiaire de la tonicité musculaire, qui intervient ici comme une condition indispensable. Ce sont, en effet, ses variations qui permettent à la ligne de gravité du corps de toujours se maintenir dans le polygone de sustentation.

Nous serions entraînés trop loin si nous voulions entrer dans le détail des expériences et des discussions sur le centre qui régit cette tonicité musculaire. Nous rappellerons seulement que c'est pour les uns (Grasset, Thomas, etc.) le cervelet, pour d'autres (Van Gehuchten, Bonnier), le noyau vestibulaire.

On comprend dès lors aisément combien les modifications les plus minimes dans le fonctionnement de l'appareil si complexe réalisé par le vestibule et les canaux semi-circulaires amèneront facilement le vertige.

Les *objections* faites à la conception du vertige par irritation labyrinthique n'ont plus qu'un intérêt historique. Une des plus souvent invoquées est celle de Lucae, qui admettait bien le départ labyrinthique, mais ne faisait jouer aucun rôle au nerf vestibulaire. Pour lui, l'augmentation de la pression du liquide labyrinthique se transmettait aux espaces arch-noldiens par l'intermédiaire des aqueducs, exagérait la tension intracéphalique et déterminait l'irritation des nerfs acoustique, optique, moteurs oculaires, d'où le vertige. Politzer n'a pas eu de peine à démontrer que cette exagération de pression était insignifiante et ne pouvait jouer aucun rôle dans la production du vertige.

La possibilité de surdité nerveuse sans vertige et réciproquement est également sans importance, car on conçoit que les deux appareils vestibulaire et cochléaire puissent être atteints séparément.

Enfin les cas de destruction complète du labyrinthe sans vertige montrent simplement que celui-ci est lié à l'irritation des extrémités nerveuses : lorsqu'elles sont détruites, l'irritation n'a plus lieu, et il n'y a pas de vertige.

Cette notion de l'irritation des extrémités nerveuses des macules comme cause productrice essentielle du vertige explique l'apparition de celui-ci non seulement dans le cas d'une lésion directe de l'appareil de perception (neuro-épithéliums auriculaires et nerf labyrinthique), mais encore dans celui d'un trouble de l'appareil de transmission réalisant un obstacle à la compensation labyrinthique, un abaissement ou une élévation exagérée de la tension du liquide du labyrinthe.

Le *syndrome de Ménière* nous apparaît donc comme le *résultat d'une excitation de l'appareil vestibulaire*. A côté de lui, et traduisant un phénomène de déficit, de paralysie durable et définitive du même organe, Raymond (1) a décrit récemment le *syndrome vestibulaire*. Le sujet chez lequel le fonctionnement labyrinthique est touché n'est plus renseigné sur la direction des divers mouvements de translation de la totalité de son corps, que ces mouvements soient actifs ou passifs. Il en résulte une rupture d'équilibre pouvant aller jusqu'à la chute avec ou sans vertige visuel; mais ce vertige, à l'inverse de celui du syndrome de Ménière, est un vertige hypokinétique, un vertige par défaut. Nous le retrouverons à propos du diagnostic.

2° Bruits subjectifs. — Les bruits subjectifs sont presque constants dans le syndrome de Ménière; Frankl-Hochwart les a trouvés absents 7 fois seulement sur 209 cas.

Le bourdonnement est la réaction propre du nerf cochléaire. Une irritation mécanique des papilles cochléaires le produit comme l'irritation rétinienne produit les phosphènes (Bonnier), ce qui explique le nom d'acouphènes donné par certains auteurs aux bruits subjectifs. Il ne s'agit ici naturellement ni de bruits périotiques provenant, par exemple, de la carotide, de la jugulaire, de l'articulation temporo-maxillaire, ni de bruits tympaniques ou tubaires. Les bruits du syndrome de Ménière sont labyrinthiques. Ils sont dus le plus souvent à des modifications de la pression labyrinthique (hypotension ou

(1) RAYMOND, Sur le syndrome vestibulaire (*Acad. de méd.*, 26 mars 1907).

surtout hypertension) sous la dépendance de troubles de l'oreille externe, de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne. Plus rarement il s'agira de phénomènes circulatoires (ischémie ou hyperémie) dans le domaine de l'artère auditive interne (Escat), d'influences médicamenteuses, toxiques ou toxémiques, de lésions anatomiques localisées au limaçon (hémorragie, sclérose, infarctus, dégénérescence du ganglion spiral, etc.), d'irradiations bulbaires internucléaires d'origine plus ou moins lointaine.

3° Hypoacousie. — La diminution de l'audition est généralement assez marquée. C'est pourtant, dans le syndrome de Ménière, un signe notablement moins important que les deux précédents : aussi est-il plus juste de parler d'hypoacousie que de surdité. On en trouvera l'origine, suivant la cause du syndrome, dans une lésion de l'oreille interne, de l'oreille moyenne ou même de l'oreille externe.

4° Symptômes accessoires. — A cette triade symptomatique viennent s'associer divers troubles accessoires, plus ou moins marqués les uns et les autres suivant les cas : vomissements, nausées, diarrhée, phénomènes oculo-moteurs, vaso-moteurs, etc. Ce sont, pour la plupart, des phénomènes d'irradiation pouvant siéger dans le domaine moteur, sensitif, sensoriel, circulatoire, sécrétoire, respiratoire, etc., et même psychique (Bonnier). Parfois le trouble irradié apparaîtra avant le vertige et le déclenchera. Et cette marche de noyau à noyau pourra être des plus irrégulières, touchant l'un, laissant l'autre indemne, réalisant ce que Bonnier a justement appelé l'enjambement internucléaire.

Les relations du noyau de Deiters, centre bulbo-protubérantiell le plus important de l'appareil ampullaire, expliqueront ainsi toute une série de phénomènes : ses rapports avec le noyau du pneumogastrique rendront compte des nausées, des vomissements, des troubles respiratoires, des modifications du pouls ; des troubles visuels (nystagmus, strabisme, mydriase, myosis, etc.) seront de même la conséquence du voisinage des noyaux oculo-moteurs et des noyaux vestibulaires.

Nous retrouverons ces diverses manifestations sur le terrain clinique.

II. — Formes du syndrome de Ménière.

Le syndrome de Ménière se rencontre sous toute une série d'aspects cliniques, et l'on peut en distinguer sept formes principales : *apoplectiforme, aiguë, paroxystique, chronique avec paroxysmes, continue, atténuée, fruste, psychique.*

Nous accompagnerons leur description de quelques exemples, personnels pour la plupart.

1^o Forme apoplectiforme. — La forme apoplectiforme du syndrome de Ménière traduit une hémorragie labyrinthique ; elle est caractérisée par un début brusque rappelant celui de l'apoplexie cérébrale ; elle s'accompagne ordinairement de perte irrémédiable de l'audition, ce qui lui a valu parfois le nom de surdité apoplectiforme.

On l'observe : A. *indépendamment de tout traumatisme* ; B. *à la suite du traumatisme.*

A. SYNDROME APOPLECTIFORME DE MÉNIÈRE NON TRAUMATIQUE. — Cette forme correspond à celle primitivement décrite par Ménière : c'est à elle seule que l'on aurait dû appliquer historiquement la dénomination « de maladie de Ménière ». On la rencontre en dehors de tout état pathologique préalable ou chez des sujets plus ou moins gravement atteints déjà par une affection constitutionnelle : on a relevé notamment la leucémie, la syphilis, des affections parasyphilitiques, tabes par exemple, le rhumatisme, la néphrite, l'artériosclérose, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, le purpura, la grippe. C'est de beaucoup la modalité la plus rarement affectée par le syndrome. Frankl-Hochwart (1), en dehors de ses 5 observations personnelles, n'en a retrouvé dans la littérature que 37 cas authentiques dus respectivement

(1) FRANKL-HOCHWART, *loc. cit.*, p. 7.

à Alexander (1), Alt Pineles (2), Atkinson (3), Bing (4), Bylsma (5), Delstanche (6), Ebstein (7), Gellé (8), Gottstein (9), Gradenigo (10), Jackson (11), Kenefick (12), Knapp (13), Lannois (14), Lucae (15), Mackensie (16), Mekhadian (17), Ménière (18), Mettler (19), Moos (20), Morpurgo (21), Schwarze (22), Weber (23).

On a signalé, comme causes provocatrices de l'accès,

(1) ALEXANDER, Ueber lymphomatöse Ohrenerkrankungen (*Zeitschr. f. Heilk.*, 1906).

(2) ALT ET PINELES, Ein Fall von Meniere bedingt durch leukämische Erkrankung des Nervus acusticus (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1896, p. 849).

(3) ATKINSON, A case of apparent double labyrinthine deafness (*Lancet*, 1892, p. 482).

(4) BING, Ueber einen typischen Fall von Meniere-Affektion (*Wien. med. Wochenschr.*, 1898, n° 4).

(5) BYLSMA, Vier Fälle von Meniere-Symptomenkomplex (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1902, p. 43).

(6) DELSTANCHE, cité in Knapp.

(7) EBSTEIN, Einige Bemerkungen zur Lehre von Ohrenschwindel (*Archiv. f. klin. Med.*, 1897, p. 1).

(8) GELLÉ, Vertige de Ménière (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1887, p. 397).

(9) GOTTSTEIN, Ueber den Meniere-Symptomenkomplex (*Archiv f. Ohrenheilk. Augenheilk.*, 1880, p. 37).

(10) GRADENIGO, Krankheiten des Labyrinths (*Schwartz's Handbuch*, Bd. II, p. 487).

(11) JACKSON (*Auditory vertigo*, Brain, 1879, p. 26).

(12) KENEFICK, *New-York med. rec.*, 25, VII, 1896.

(13) KNAPP, Klin. Analyse der entzündlichen Affektionen des inneren Ohres (*Archiv f. Ohrenheilk. und Augenheilk.*, t. II, 1896).

(14) LANNOIS, Complications auriculaires au cours de la leucocythémie (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1892, p. 1).

(15) LUCAE, Menieresche Krankh. (*Eulenburg's Realenzyklopaedie*, t. XV, p. 209, et XVII, p. 267).

(16) MACKENSIE, Remarks on the nature, diagnosis, prognosis and treatment of aural vertigo (*British med. Journ.*, 1894, p. 953).

(17) MEKHADIAN, Contribution à l'étude de la maladie de Ménière (*Thèse de Paris*, 1899).

(18) MÉNIÈRE, *loc. cit.*

(19) METTLER, Aural Vertigo (*Journ. of nerv. dis.*, vol. XVIII, p. 19).

(20) MOOS, Ueber plötzlich entstandene Taubheit (*Wien. med. Wochenschr.*, 1863, p. 641).

(21) MORPURGO, *Lo sperimentale*, VI.

(22) SCHWARTZ, Kleine Mitteilungen (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. II, p. 421).

(23) WEBER-PARKES-LAKE, *Meniere-Erscheinungen bei lienaler medullärer Leukämie*, 1900.

l'influence du chaud et du froid, d'une excitation psychique, d'une surcharge de l'estomac, mais il ne faut pas attacher à ces facteurs étiologiques une bien grande importance : comme le fait remarquer Frankl-Hochwart, il est habituel de voir, par exemple, les malades qui vomissent à la suite du vertige croire que leur estomac est en cause.

Assez fréquemment le syndrome apoplectiforme, tout comme l'ictus cérébral, a ses *prodromes* : céphalée, crises isolées de vertige avec ou sans bourdonnements, phénomènes de congestion, sensation d'angoisse, vomissements, sueurs, éclairs devant les yeux, obscurcissement du champ visuel. Ces symptômes apparaissent quelques minutes seulement avant l'accès ou parfois le précèdent de plusieurs jours, plusieurs semaines, même plusieurs mois. Un malade de von Frankl-Hochwart avait eu déjà, quatre ans auparavant, une attaque énigmatique de vertige et vomissements.

(A suivre.)

LES PARESTHÉSIES PHARYNGÉES.

Par **Maurice BOULAY** et **H. Le MARC'HADOUR** (de Paris) (1).

HISTORIQUE.

Pour faire un historique complet des paresthésies pharyngées, il faudrait un gros volume ; car sans étiquette précise, sous des appellations diverses, selon les époques et les théories à la mode, nous trouvons des observations caractéristiques que nous aurions le droit de réclamer comme notre bien.

Montaigne nous a fourni une observation typique de paresthésie pharyngée qui servira de préface à ce mémoire ; nous ne remonterons pas aux Grecs, chez lesquels nous trouverions cependant bien des observations intéressantes de nerveux : Hérodote ne nous fournit-il pas, avec l'histoire de la mutité du fils de Crésus, la plus classique observation d'aphasie hystérique.

Si nous voulons, — et c'est notre intention, — nous limiter aux époques contemporaines, et borner notre historique aux travaux publiés par nos confrères en spécialité, notre revue sera plus courte.

Si, dans la plupart des ouvrages sur les maladies de la gorge, on trouve un paragraphe, d'ordinaire assez bref, consacré aux paresthésies pharyngées, on ne rencontre dans la littérature médicale que peu d'exemples de ces troubles nerveux, ou du moins peu de cas étiquetés sous cette dénomination. Cela tient à ce que la nature exacte du trouble échappe le plus souvent aux observateurs. Lorsque ces faits frappent leur esprit, ils les publient le plus souvent sous le

(1) Rapport présenté au *Congrès français d'oto-rhino-laryngologie*, 11 mai 1908.

nom de lésions que, selon leur tendance d'esprit ou les hasards de la clinique, ils croient pouvoir rendre habituellement responsables du trouble observé. C'est ainsi qu'on trouve quantité de cas de paresthésie pharyngée typique dans des travaux intitulés : *Manifestations névralgiques de la pharyngite catarrhale* (Hack); *Troubles provoqués par les petites lésions des amygdales* (Martin et Boulay); *Pharyngite latérale* (Uffenorde); *Sur un état d'hyperesthésie particulier des nerfs laryngés supérieur et inférieur* (Bœnninghaus); *Douleur de la gorge provoquée par une maladie des glandes du plancher de la bouche* (Kretschmann) (1), etc.

En 1895, F. Semon, dans une étude sur *Les troubles nerveux de la gorge dans la ménopause*, signale, en clinicien de grande expérience, tous les points essentiels de la question des paresthésies pharyngées. Il note les erreurs de lieu qui font rapporter les sensations à des régions plus ou moins éloignées du point de départ réel. Il insiste sur les allures protéiformes de ces sensations, sur les descriptions imaginées des malades. A côté des cas les plus fréquents facilement curables, il a observé des cas graves avec menaces de suicide et tendance à la mélancolie anxieuse.

Bien que dans les troubles paresthésiques en rapport avec la ménopause le pronostic lui ait paru bénin, il a vu cependant cette sensation erronée être remplacée par un autre trouble douloureux analogue ou par une affection nerveuse.

Il signale les mauvais effets des thérapeutiques brutales, qui ne font souvent que confirmer le patient dans sa conviction malade; il répugne aussi à l'usage prolongé des narcotiques et des calmants, qui, pour des résultats douteux, laisse de mauvaises habitudes. Les eaux peuvent parfois donner de bons résultats en modifiant les diathèses; mais, dans la grande majorité des cas, ce qui vaut mieux que tous les médicaments, c'est l'influence morale du médecin.

(1) HACK, *Deuts. med. Woch.*, 1883, n° 42. — MARTIN et BOULAY, *Ann. des mal. de l'oreille*, déc. 1896. — UFFENORDE, *Archiv f. Laryngol.*, Bd. XIX, 1907. — BÖENNINGHAUS, *Archiv f. Laryngol.*, Bd. XVIII, 1906. — KRETSCHMANN, *Archiv f. Laryngol.*, Bd. XIX, 1907.

En 1893, au Congrès annuel de la Société de laryngologie, Maurice Boulay publie deux observations qui se réclament de ce titre net et précis de *paresthésie pharyngée*.

Dans les deux cas, il s'agit de gêne pour le chant, sans lésion du larynx, et dont l'origine est une sensation parasthésique pharyngée, qui cède au curettage du pharynx nasal.

Il conclut de ce premier travail que les parasthésies ne sont exclusivement ni d'origine psychique, ni d'origine locale ; on doit plutôt admettre que la sensation éprouvée a réellement pour cause provocatrice une lésion, si minime soit-elle, du pharynx, mais qu'elle se trouve amplifiée ou altérée par l'état névropathique du sujet. L'auteur propose donc un traitement qui soit à la fois local, pour atteindre la lésion locale, et psychique, pour modifier l'état mental du malade.

Ricardo Botey, qui avait fait, en 1894, au Congrès de Rome, une communication sur les parasthésies pharyngées et laryngées, revient sur ce sujet au Congrès international de 1900.

Il croit avoir remarqué que, chez les malades atteints de parasthésie pharyngée, il y a toujours un degré plus ou moins marqué d'hypoesthésie, qui ne va pas jusqu'à l'anesthésie, mais qui est une diminution nette de la sensibilité. Cette parésie sensitive, comme il l'appelle, s'accompagne d'une parésie sécrétoire : il entend dire un certain degré de sécheresse de la muqueuse. La cocaïnisation augmente la sensation de gêne parasthésique et la conduit jusqu'à l'angoisse, l'étouffement et la menace de syncope.

Ce trouble de la sensibilité périphérique, dit-il, engendre dans les régions centrales du système nerveux des actions inhibitoires réflexes, qui produisent l'illusion d'un obstacle, d'un corps étranger interposé au passage de l'air et de la salive.

A l'état normal, les filets nerveux sensitifs du pharynx et du larynx avertissent constamment le sensorium du libre passage de l'air et de la salive, bien que ces sensations soient inconscientes ou à peu près. Quand cette sensibilité périphérique est diminuée, les centres nerveux perçoivent mal ou incomplètement ces sensations, et le tonus réflexe qui s'ensuit s'en trouve proportionnellement diminué.

Pour Ricardo Botey, cet état d'hypoesthésie et de sécheresse serait dû à un certain degré d'anémie locale. Il a remarqué que, chez ces malades, la muqueuse est parfois plus pâle que d'ordinaire et, d'autre part, que souvent une poussée d'hyperémie, de congestion pathologique guérit ou améliore ces malades. Il cite un patient qui, après une angine violente, fut guéri de ses troubles paresthésiques.

Ces troubles dans l'irrigation sanguine avec leur corollaire paresthésique se trouvent chez les arthritiques, les débiles.

En résumé, il fait des paresthésie un trouble de la sensibilité périphérique, commandé par un état diathésique et éveillant dans le sensorium des sensations illusoirs.

L'auteur ne dit rien de l'état mental de ces paresthésiques.

En 1905, Lanois publie à la Société française de laryngologie un intéressant travail sur les sensations de fausse présence dans la pratique laryngologique. Il rapporte deux curieuses observations : l'une est un cas de paresthésie de la gorge avec sensation de corps étranger, l'autre est un cas tout à fait comparable ayant l'oreille pour siège ; le malade affirmait avoir dans le conduit des larves d'insectes et en sentir le grouillement. Nous rapporterons en temps et lieu l'observation qui a trait au pharynx.

L'auteur, clinicien particulièrement averti, insiste sur le rôle de l'auto-suggestion dans ces affections et sur l'état spécial de ces malades au point de vue psychique. Il fait très logiquement une place prépondérante au traitement par tous les moyens suggestifs.

En 1905, également, Bouyer fils, de Cauterets, publie un excellent travail sur les paresthésies pharyngées. Élève de Moure et de Régis, il a vu toutes les faces de la question et trace très complètement le schéma clinique de ces troubles de la sensibilité.

Il définit sous les noms d'hypoesthésie et d'hyperesthésie les deux symptômes cardinaux de l'affection ; de l'hypoesthésie dépendent les sensations de corps étranger, de fausse présence, et les phobies fonctionnelles qui dérivent de ces sensations dans les cas extrêmes. L'hyperesthésie commande

toutes les sensations douloureuses, dont il sait la diversité et le polymorphisme parfois déroutant.

Il signale très clairement l'influence essentielle du terrain et divise les paresthésiques, au point de vue de ce terrain psychique, en neuro-arthritiques ou neurasthéniques, et en psychasthéniques ou psychopathes; les degrés les plus accentués de cette catégorie nous conduisent aux vésaniques, aux délirants et aux fous.

En 1906, enfin, M. Boulay reprend la question dans un article de la *Presse médicale*. Il rappelle la symptomatologie de ces troubles et insiste à nouveau sur leur extrême fréquence.

Il considère qu'un cinquième des malades qui viennent consulter le spécialiste ne présentent pas de lésions expliquant clairement les troubles dont ils se plaignent. Il signale la gorge comme lieu d'élection pour les troubles paresthésiques et montre l'évolution de la sensation dans la conscience, sa tendance envahissante et ses rapports avec l'idée fixe. Il fait des prédispositions nerveuses du terrain psychique la condition nécessaire de la maladie.

Ahond, du Mont-Dore, dans une thèse (1907) très consciencieuse et très documentée, fait la revue et le commentaire de tous les travaux antérieurs et apporte à la question la contribution d'une série d'observations inédites d'un très réel intérêt.

Parmi les traités de spécialité qui consacrent un chapitre particulièrement intéressant à ce sujet, il convient de citer ceux de M. Schmidt (1894) et d'Escat (1901).

Ce dernier a écrit quelques pages excellentes sur les paresthésies et la glossodynie. Il se souvient très heureusement de son internat à Sainte-Anne, pour montrer l'influence de l'état psychique dans ces névroses gutturales. Il fait très nettement ressortir les catégories que l'on doit établir dans ces troubles et distingue : les paresthésies réflexes dues à des lésions locales mal interprétées, les paresthésies hystériques et les paresthésies chez les nerveux dégénérés. Son expérience de ces sujets lui fait écrire cette conclusion, qui est à citer en entier : « Ces malades demandent à être

écoutés ; il faut donc les écouter comme on doit écouter tous les vésaniques et les traiter localement, serait-ce par les médications les plus anodines ; on essayera l'électrothérapie, quelquefois même on pourra tenter une cautérisation ; j'ai vu ainsi des malades non pas guéris, mais améliorés, et c'est bien quelque chose, par le calme qu'apportait en leur esprit le crédit qu'on accordait au récit de leurs souffrances et le zèle qu'on montrait à vouloir les soulager. »

Moure, dans son excellent *Traité des maladies de la gorge* (1904), consacre un chapitre aux troubles paresthésiques du larynx, où il indique la médication suggestive également applicable aux paresthésies pharyngées.

DÉFINITION, SYMPTÔMES ET SIGNES CLINIQUES.

I. Définition. — « Une femme, pensant avoir avalé une épingle avecques son pain, crioit et se tourmentoit comme ayant une douleur insupportable au gosier, où elle pensait la sentir arrêtée : mais parceque il n'y avait ni enflure, ni altération par le dehors, un habile homme ayant jugé que ce n'était que fantaisie et opinion, prinse de quelque morceau de pain qui l'avait picquée en passant, la fait vomir, et jecta à la dérobée dans ce qu'elle rendit une épingle tortue. Cette femme cuidant l'avoir rendue se sentit soudain deschargée de sa douleur. »

C'est ainsi que Montaigne (1) nous relate une observation caractéristique de paresthésie pharyngée et sa guérison par le procédé moderne de l'opération simulée.

Les troubles nerveux du pharynx sont donc aussi anciennement connus qu'ils sont fréquents.

Que faut-il entendre par paresthésie du pharynx ? « Éprouver depuis plus ou moins longtemps dans la gorge une sensation pénible ou douloureuse et consulter médecins sur médecins, spécialistes sur spécialistes, sans en rencontrer un seul qui trouve dans l'état de l'organe l'explication de la

(1) MONTAIGNE, De la force de l'imagination (*Essais*, édit. Motheau et Jouaust, 1886, liv. I, ch. XXI, p. 144).

sensation éprouvée, c'est le sort d'un certain nombre de malades qui se font de notre capacité une opinion d'autant plus défavorable que leurs sensations sont plus accusées et plus nettes.

« Donner à ces sensations sans objet, ou du moins sans objet apparent, le nom de paresthésie, c'est sans doute quelque chose, car c'est les classer et leur donner droit de cité en pathologie, mais ce n'est pas suffisant. »

L'un de nous définissait ainsi les sensations paresthésiques et témoignait le désir de les voir étudier de façon plus approfondie.

La Société française nous a fait l'honneur de nous confier cette tâche; nous nous efforcerons de nous en acquitter.

Nous appellerons paresthésie pharyngée *toute sensation erronée ayant pour point de départ ou pour aboutissant la gorge.*

La paresthésie pharyngée peut, en effet, exister sans cause locale, être une *hallucination* sensorielle, la projection périphérique d'une image mentale, ou bien résulter de la viciation, de l'exagération d'une sensation dont le point de départ est la gorge; c'est alors une *illusion* pharyngée.

Un malade peut croire sentir une épingle arrêtée dans sa gorge, alors que nous n'y trouvons rien d'anormal, ou accuser la même sensation, avec l'excuse d'une petite ulcération superficielle, d'une minuscule concrétion de l'amygdale: dans le premier cas, il y a une hallucination, une sensation sans objet; dans le second, le plus fréquent chez nos malades, il y a illusion, il y a mauvaise interprétation; dans les deux, il y a erreur.

Le dyspeptique, a dit Lasègue, n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir et de se plaindre; il en est de même du paresthésique, qui, lui aussi, souffre et se plaint, et c'est là sa maladie.

N'est pas paresthésique le malade qui a un petit calcul de l'amygdale et qui le sent, mais l'est essentiellement le malade qui s'arrête à étudier, à interpréter cette sensation, qui en fait à lui-même et aux autres de longs commentaires, qui s'en occupe jusqu'à la souffrance, à l'inquiétude, à l'anxiété.

Il y a donc chez nos malades un état mental qui leur est commun à tous et qui est essentiel. Cet état mental est nécessaire ; il est aussi suffisant, puisqu'il peut donner naissance, sans cause décelable, aux sensations erronées les plus pénibles.

Là encore nos malades rappellent les dyspeptiques qui souffrent de l'estomac, parce qu'ils y pensent : les uns avec l'excuse d'une affection dont la gravité est sans rapport avec les douleurs accusées et les autres seulement parce qu'ils y pensent. Ce ne serait certes pas abuser des comparaisons et faire un facile à peu près que d'appeler nos patients des dyspeptiques du pharynx.

Cette comparaison avec les dyspeptiques, nous pouvons la poursuivre plus loin et invoquer des causes anatomiques et physiologiques comparables pour expliquer la grande fréquence des troubles nerveux du pharynx et de l'estomac. Nous devons aussi rapprocher ces phénomènes des douleurs vésicales des pseudo-urinaires et de tous ces troubles de la sensibilité que les neurologistes ont appelés *algies centrales*, *algies psychiques*, et dont la caractéristique générale est que la zone douloureuse ne répond à aucun territoire délimité anatomiquement ou physiologiquement. Les irradiations douloureuses dépendent de l'imagination du malade et non de la topographie d'un nerf.

Ces algies centrales présentent une prédilection pour les muscles creux : vessie, estomac, cœur, organes à innervation complexe et surtout animés par de riches plexus émanés du pneumogastrique et du grand sympathique.

Or le pharynx peut être comparé à un muscle creux, et, s'il diffère des organes que nous venons de citer par sa constitution musculaire (muscles striés au lieu de muscles lisses), il s'en rapproche par l'innervation.

Le pharynx est innervé par le pneumogastrique, le glosso-pharyngien, le trijumeau et le grand sympathique.

Les fibres nerveuses du grand sympathique et du pneumogastrique forment un riche plexus, le plexus cervical, qui est l'équivalent du plexus solaire, au niveau de l'estomac, et des autres plexus abdominaux.

Ce plexus cervical innerve le pharynx, l'œsophage, le larynx et la trachée. Tout comme le plexus solaire, il émane de ganglions, les ganglions cervicaux, qui constituent un véritable cerveau sympathique cervical, comme il y a un cerveau sympathique abdominal, le ganglion semi-lunaire.

Ce cerveau sympathique présente à coup sûr les mêmes possibilités pathologiques que son homologue abdominal; or les auteurs sont unanimes pour accorder à ce dernier un rôle de premier ordre dans la constitution des troubles paresthésiques de l'estomac et dans la genèse des sensations subjectives qui s'imposent à la conscience, et appellent l'attention sur le silence de la vie organique, silence qui est la condition de son fonctionnement normal. Il faut se laisser vivre et non pas se regarder vivre.

Cet état de réflectivité toujours en éveil peut se constater même à l'état physiologique. En comprimant la trachée sur le plan profond, on donne naissance à des troubles douloureux avec irradiations lointaines et angoisses dues à la compression de ces plexus vago-sympathiques.

Il est facile de comprendre combien tout état pathologique du grand sympathique augmentera cette sensibilité et fera du pharynx le point de départ de sensations obsédantes, qui envahiront le champ de la conscience et s'y cristalliseront à l'état d'idées fixes, de troubles paresthésiques.

Ajoutons que le centre bulbaire de la déglutition, fonction organique essentielle du pharynx, voisine avec le centre respiratoire et que ce rapport n'est pas sans importance. Pflueger nous a montré qu'il y a entre les centres voisins des rapports étroits qui font qu'ils s'influencent réciproquement et que l'état de l'un retentit sur celui de l'autre. L'état d'irritabilité du centre de la déglutition peut donc entraîner un état d'irritation du centre respiratoire; la formule de réponse de ce centre à l'irritation est l'angoisse. L'angoisse a pour aboutissant et pour réponse psychologique l'anxiété, et l'état anxieux est le terrain même sur lequel naissent nos paresthésiques.

Il n'est pas jusqu'au trijumeau qui ne prête sa complicité à toutes les causes que nous venons de définir. Le trijumeau envoie, en effet, des filets nerveux au voile et aux piliers anté-

rieurs, par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin et du nerf palatin. Lermoyez, dans un récent article, faisait ressortir le rôle du trijumeau et de son irritation périphérique dans la toux nasale, quinteuse et irrésistible, que nous pourrions comparer aux paresthésies pharyngées par bien des points.

Nous trouvons chez ces malades, comme chez nos paresthésiques du pharynx, des erreurs de localisation. La toux semble nettement sollicitée par un picotement laryngé, et le malade ne sent pas de chatouillement nasal comme celui qui provoque l'éternument.

Nos clients aussi affirment que le chatouillement qui les incite à tousser est laryngé, alors qu'un attouchement pharyngé le fait disparaître.

Bonnier (1) fait ressortir toute la gamme réflexe du trijumeau, dont l'irritation périphérique peut faire naître les troubles les plus variés, depuis l'épilepsie jusqu'aux troubles oculo-moteurs. « Les racines du trijumeau parcourent, en effet, toute la hauteur du bulbe, et l'on doit s'expliquer, par de multiples connexions normales ou individuelles, l'extrême variété des réflexes bulbaires qui peuvent avoir pour point de départ une irritation même minime de la muqueuse nasale. » Changeons cette dernière phrase et disons, au lieu de muqueuse nasale, muqueuse du voile et du pilier antérieur, et nous aurons défini l'une des causes de la sensibilité du pharynx : son innervation partielle par des fibres venant du trijumeau.

Cette sensibilité exquise explique la très grande fréquence des troubles observés quand il y a une cause irritative au niveau de l'amygdale et du pilier antérieur : bride entre l'amygdale et le pilier, petite concrétion dans la même région.

II. Symptomatologie. — Une description des paresthésies pharyngées est tâche laborieuse, leur symptomatologie étant essentiellement protéiforme.

Nous venons d'esquisser, pour y revenir plus longuement tout à l'heure, le rôle joué par l'imagination dans ces troubles

(1) BONNIER, Entérite réflexe d'origine nasale (*Soc. de neurol.*, juillet 1907).

de la sensibilité, c'est dire qu'ils prennent chez chaque malade une forme différente : ce sont des sensations de piqure, de brûlure, de sécheresse, de constriction, de raideur, de tuméfaction, etc.

L'un sent dans sa gorge une épingle fichée qui s'enfonce à chaque mouvement de déglutition, l'autre évoque des impressions de tenaillement, d'écrasement. Ces malades jouent avec l'anatomie et la physiologie. Les irradiations douloureuses au delà de la région pharyngée peuvent être les plus étranges, les plus inattendues.

Nous pouvons cependant proposer la classification suivante, dans laquelle on peut faire rentrer la plupart des variétés de sensations accusées par les malades.

1. SENSATIONS DE FAUSSE PRÉSENCE. — Ces sensations sont de beaucoup les plus fréquentes. Le cas type est celui du malade déclarant au spécialiste qu'il a avalé une arête et que celle-ci est restée implantée dans sa gorge ; il en souffre et veut en être débarrassé. L'examen le plus attentif ne permet pas de trouver l'arête ; quelquefois on constate une légère ecchymose, une petite ulcération laissée par le passage d'un corps dur, lésion banale qui a évoqué l'idée d'une arête et entraîné la conviction qu'elle est encore là.

Une cocaïnisation qui fait disparaître la sensation de corps étranger, l'affirmation qu'il n'y a pas d'arête, la suggestion d'une conviction que l'on fait partager suffisent dans les cas simples, heureusement les plus fréquents, à tout faire rentrer dans l'ordre.

Au lieu de la sensation d'un corps étranger mince et plus ou moins pointu, effilé (arête, épingle, cheveu, poils, croûte de pain), ce peut être la sensation d'un corps étranger plus volumineux et arrondi (os, noyau de fruit, morceau de viande). Chez une de nos malades, cette variété de paresthésie s'accompagnait de nausées et de vomissements.

Une sensation souvent accusée est celle de mucosité obligeant à un raclement incessant, alors que l'examen objectif ne laisse rien voir de suffisant pour expliquer les efforts du malade. Bien des raclements et hémorragies arthritiques ne

répondent pas à une autre pathogénie et sont des tics paréthésiques dus à une sensation de fausse présence causée par un état défectueux de la muqueuse du pharynx.

Que de tousseurs sont des paréthésiques sollicités par un chatouillement, un besoin de déplacer une mucosité inexistante, qu'ils prétendent irrésistible, et jouent tristement les pseudo-tuberculeux. Un badigeonnage au menthol les guérit en substituant le mensonge subjectif de sa fraîcheur au mensonge antérieur venu d'une muqueuse irritée. La preuve que l'irritation de la muqueuse était peu de chose, et l'idée, le facteur essentiel, c'est que souvent un seul attouchement suffit pour guérir des tousseurs invétérés, en rompant la tradition d'une mauvaise habitude.

Localisée tantôt à la ligne médiane, tantôt à l'un ou l'autre côté de la gorge, parfois à l'une des amygdales, la sensation de corps étranger est ordinairement fixe; rarement elle se déplace à la façon de la boule hystérique qui descend et remonte alternativement.

Nous pouvons rapprocher des sensations de fausse présence les sensations d'obstruction, qui, suivant leur siège dans le pharynx inférieur ou le pharynx supérieur, provoquent une dysphagie ou une dyspnée qui peut dérouter les cliniciens.

Les malades se plaignent d'une sensation d'obstruction, de plénitude pharyngée; dans les cas légers, tout se borne à une gêne et à un léger tic de raclage libérateur; mais, chez les grands nerveux, cette sensation erronée peut faire naître les idées parasites les plus étranges et s'imposer à la conscience avec une force qui entraîne des conséquences sérieuses.

Nous verrons se créer ainsi des phobies fonctionnelles; certains malades prétendent ne pas pouvoir avaler et peuvent faire croire, surtout quand la phobie est de date ancienne et a entraîné de l'amaigrissement, à un néoplasme de l'œsophage. Il faut les données de l'exploration à la sonde et les contradictions qui ressortent d'un interrogatoire attentif pour redresser le diagnostic.

Chez d'autres malades, cette sensation d'obstruction a pour siège le pharynx nasal et peut donner naissance à un tic

expiratoire dont nous rapportons un exemple, parfois à une phobie respiratoire avec ses conséquences : sensation d'étouffement, angoisse, spasme respiratoire, asthme. A côté de l'asthme nasal, il y a en effet un asthme pharyngé des plus nets, et c'est ici le triomphe du badigeonnage mentholé, dont l'impression libératrice fait miraculeusement cesser les crises d'asthme les plus violentes qui ont cette origine.

La muqueuse pharyngée est, comme la muqueuse nasale, un centre réflexe tussigène et asthmatogène. L'air inspiré passant sur une muqueuse pharyngée normale donne une impression périphérique, qui, rapportée au centre, se réfléchit dans le bulbe vers la voie de l'automatisme simple et physiologique. Que cette muqueuse cesse d'être normale ; que l'état des terminaisons nerveuses ne soit plus l'état physiologique ; que cette sensation périphérique, modifiée, pervertie, ne donne plus aux centres bulbaires son impression habituelle, les noyaux renvoient cette sensation inconnue vers les centres de contrôle et d'interprétation. Le cerveau entre en jeu, et, avec cette entrée en scène, chez les nerveux, paraissent tous les troubles de l'interprétation, toutes les phobies, tous les affolements spasmodiques, l'asthme en particulier.

La localisation peut d'ailleurs être erronée et n'être pas en rapport avec la lésion plus ou moins minime qui détermine la sensation ; c'est ce que les neurologistes appellent une *synalgie*.

L'erreur de lieu est presque la règle dans certaines sensations paresthésiques ; les malades qui ont un chatouillement dans le pharynx le localisent souvent dans le larynx et toussent. Lermoyez signale le même fait dans la toux d'origine nasale.

N'est pas synalgie ou erreur de lieu l'irradiation même lointaine, quand le malade localise correctement la douleur principale et en fait la cause des irradiations plus ou moins éloignées ; la synalgie existe, quand il fait erreur sur le point de départ de sa sensation. Nous citerons l'observation d'un enfant qui mit à l'épreuve la science de son dentiste pour trouver la cause de violentes douleurs dentaires dont l'origine était une petite concrétion de l'amygdale. Ce petit calcul ne

donnait naissance à aucune douleur locale; la sensation pénible qui en était la conséquence était faussement interprétée quant à son siège, exagérée quant à son intensité, et rapportée à une région éloignée du point de départ réel.

2. SENSATIONS D'ARDEUR ET DE SÉCHERESSE, ETC. — Ces paresthésies éveillent chez les malades la sensation d'une râpe, d'une herse, d'un fer rouge, d'une brûlure produite par un liquide bouillant ou caustique; de poivre projeté dans le pharynx, d'excoriation produite par un corps étranger, d'ardeur provoquée par le passage de la muqueuse au papier de verre.

La sécheresse est un symptôme paresthésique fréquent et donne lieu à des tics respiratoires, étouffements et asthme, ou à des tics de déglutition, dus aux efforts des patients pour lubrifier la muqueuse trop sèche.

A la sensation de sécheresse, il faut opposer la sensation de muqueuse trop sécrétante et les crachotements continuels, les raclements qui l'accompagnent. Toutes ces impressions sont en rapport généralement avec des troubles circulatoires ou sécrétoires, comme on en observe si souvent chez les nerveux. Ces troubles de sécrétion ne suffisent pas à créer la paresthésie; il faut qu'il s'y ajoute un état spécial. N'est pas un paresthésique le malade qui a la gorge sèche, mais celui qui s'en plaint, qui s'exagère l'importance de cette sensation et lui donne une place qu'elle ne mérite pas dans ses préoccupations et sa vie.

3. SENSATIONS NETTEMENT DOULOUREUSES. — C'est parmi les porteurs de ces sensations douloureuses que se recrutent nos pires malades. Chez eux, très souvent, la sensation paresthésique envahit toute la conscience et trouble profondément l'existence. Ces sensations douloureuses sont des plus variées; selon les sujets, ce sont: des élancements, des pincements, des piqûres, un sentiment de corrosion, de destruction, de dilacération, de térébration. Parfois limitées en un point de la gorge, ces perversions sensitives irradient souvent vers les

parties correspondantes de la langue (glossodynie), du cou, parfois jusqu'à l'épaule, à la clavicule ou au sternum.

Ces vives douleurs entraînent chez les malades prédisposés des convictions malades particulièrement troublantes. Ils viennent nous consulter, convaincus qu'ils ont une ulcération, un chancre, un cancer. Dans ces cas, nous le verrons par ses conséquences sur l'état mental, la paresthésie devient une maladie grave créant la *syphilophobie*, la *cancrophobie*, etc.

Toutes ces sensations que nous venons de passer en revue donnent naissance à des types cliniques aussi variés que le sont les sensations elles-mêmes.

Pour les étudier, il convient de les classer en plusieurs catégories, en prenant pour étalon de notre classification d'une part l'élément psychique et son importance dans le trouble paresthésique ; d'autre part, la nature du terrain sur lequel évoluent ces paresthésies. Nous aurons ainsi la classification la plus naturelle, car nous verrons que, dans ces affections, la lésion n'est rien, l'interprétation est tout.

Un malade atteint de gomme du pharynx supporte souvent son mal avec bonne humeur et sérénité ; un paresthésique sans lésion, mais croyant avoir une gomme, a son existence empoisonnée, et, dans les cas extrêmes, sombre dans l'aliénation mentale ou finit par le suicide.

C'est donc le point essentiel dans notre classification que l'état psychique et le terrain nerveux.

Il est, en effet, indifférent au pronostic et au traitement que notre client ait telle ou telle variété de sensation pharyngée, qu'il sente dans sa gorge une épingle, une brûlure, une ulcération ou une tumeur ; mais il n'est pas indifférent qu'il dise : je crois sentir, je sens, ou j'affirme sentir, car ces nuances dans la conviction expriment l'envahissement plus ou moins complet, plus ou moins tyrannique de la conscience par l'idée obsédante.

La question de terrain a une importance capitale, surtout au point de vue du traitement ; il n'est pas sans intérêt que le malade soit : un simple émotif, un neurasthénique, un psychasténique, un hystérique ou un paralytique général.

III. Types cliniques. — 1. TYPE BÉNIN. — Nous rangerons dans une première catégorie les malades avec ou sans lésions objectives, qui viennent nous consulter pour des troubles parasthésiques les gênant, sans toutefois obscurcir leur conscience, sans qu'ils éprouvent d'anxiété malative. Ils s'en vont facilement consolés et rapidement guéris par la petite intervention qu'aura motivée la lésion objective, par un examen attentif qui leur donne confiance, et par une affirmation à laquelle cet examen consciencieux donne une valeur persuasive. Ils sont légion dans cette catégorie, ce sont les cas banaux que nous rencontrons chaque jour.

Une sensation, une idée malative s'est imposée à la conscience du malade et a fixé son attention, l'attention s'y est complue, s'y est posée; mais il suffit d'un léger secours pour que la volonté intacte remette les choses au point et chasse l'idée fixe qui voulait s'imposer.

Les amygdales donnent ainsi souvent naissance à des troubles parasthésiques facilement curables. Nous trouvons pour cause à ces troubles une petite concrétion renfermée dans une crypte, une petite bride, une adhérence avec le pilier; l'ablation de la concrétion ou la section de la bride opérée, quelques bonnes paroles données, tout rentre dans l'ordre.

Dans cette catégorie de parasthésies légères rentrent aussi beaucoup de cas de sensations de fausse présence.

OBSERVATION I (personnelle). — *Parasthésie pharyngée, sensation de fausse présence, toux; nervosisme banal.*

M^{me} S..., 31 ans, a déjà présenté, il y a quelques années, des troubles de la voix chantée, dont l'origine était une sensation parasthésique venant de l'amygdale, troubles qui cédèrent à un traitement local où la suggestion a joué un rôle aussi important que la section d'une petite bride unissant l'amygdale au pilier.

La malade vient consulter à nouveau pour une toux quinteuse qui dure depuis près de deux mois, et qui a fait penser à la coqueluche. Cette toux a pour cause une sensation de chatouillement, de corps étranger, de poussière. La toux et la sensation qui en est l'origine datent d'une journée où M^{me} S... a fait une promenade sur une route sillonnée d'automobiles et obscurcie par la

poussière de ces voitures. Depuis, elle sent toujours, dit-elle, sa gorge comme pleine de poussière.

L'examen objectif est tout à fait négatif; on note à peine un peu de sécrétion au niveau du pharynx nasal.

Nous expliquons à la malade que sa toux est due au chatouillement causé par cette mucosité, et nous affirmons bien haut qu'un badigeonnage va faire tout rentrer dans l'ordre.

La malade, très confiante, est toute disposée à nous croire; un badigeonnage au menthol fait disparaître la sensation de gêne et dissipe le souvenir de la poussière des automobiles. La toux se trouve réduite à deux ou trois petites secousses sans quintes; c'est là la juste proportion que donne un pharynx un peu sécrétant, quand il n'est plus l'objectif d'une imagination outrancière de femme émotive et nerveuse.

OBSERVATION II (personnelle). — *Paresthésie pharyngée et toux chez une neuro-arthritique avec hypertrophie des piliers postérieurs, sans stigmates nerveux.*

M^{me} B..., 43 ans, surveillante des hôpitaux. La malade est d'une très bonne santé; pas de stigmates névropathiques; arthritique floride avec embonpoint, teint coloré et quelques troubles circulatoires qui s'affirment par des varices; elle présente ce type que Sénac définissait si bien par le mot *diathèse congestive*.

Depuis cinq ou six semaines, la malade a une toux quinteuse, qui la fatigue beaucoup; le soir surtout, à peine couchée, elle est prise d'un picotement avec sensation de corps étranger qu'elle localise au larynx et qui l'oblige à tousser par quintes rappelant la coqueluche et allant, parfois, jusqu'au vomissement.

L'auscultation ne donne pas l'explication de cette toux, et toutes les médications calmantes et antispasmodiques ont été vainement tentées. Rien au larynx ni à la trachée, rien non plus au pharynx nasal ni aux amygdales; les piliers postérieurs sont légèrement hypertrophiés et rouges; pas plus cependant que chez un grand nombre de sujets qui ne sont nullement incommodés.

En dehors des paroxysmes qui entraînent une crise de toux coqueluchoïde avec congestion de la face, reprise respiratoire et parfois vomissements; la malade se plaint d'une sensation continue de gêne, de plénitude dans la gorge; « c'est, dit la patiente, comme si j'avais la gorge trop étroite ». Nous consolons la malade, qui s'inquiète et croit avoir la coqueluche, et faisons un attouchement du pharynx avec de l'huile mentholée. La sensation de

chatouillement cesse aussitôt. Quelques cautérisations simulées des piliers amènent la guérison très rapide de cette toux rebelle.

Il y avait là, certainement, un peu de congestion du pilier ; mais que cette légère lésion locale était peu de chose auprès de ses bruyantes conséquences, et combien le rapide résultat obtenu est peu habituel dans les affections réelles du pharynx !

Il y a ainsi de par le monde bien des touseurs paréthésiques, qui trouvent ou ne trouvent pas leur chemin de Damas, c'est-à-dire le cabinet du spécialiste, où se guérissent, en quelques séances, des toux rebelles remontant à des semaines ou à des mois.

OBSERVATION III (personnelle). — *Phénomène paréthésique, avec erreur de lieu, sans élément phobique surajouté.*

J. T..., 13 ans, antécédents neuro-arthritiques avec nervosisme banal sans stigmates névropathiques. L'enfant est pris subitement d'une douleur très vive, qui part de la dernière molaire gauche inférieure et irradie dans les dents du même côté, avec exacerbation très nette pendant la mastication. Un dentiste a soigneusement examiné toutes les dents, qui sont parfaitement saines, et, en désespoir de cause, conseille de faire examiner les sinus, qui sont trouvés intacts.

Nous pratiquons l'examen de la gorge très minutieusement avec une arrière-pensée de trouble paréthésique. Il y a, en effet, discordance entre les phénomènes douloureux, racontés par l'enfant, et son allure extérieure pendant ce récit ; ce n'est pas l'habitus de la souffrance vraie ; cela sent l'exagération polixe des douleurs psychiques.

Nous trouvons un cavum normal, des amygdales palatines volumineuses, et dans la fossette sus-amygdalienne gauche une légère adhérence de la tête de l'amygdale, avec le pilier antérieur ; dans une crypte, il y a un minuscule calcul.

La synéchie est rompue avec le crochet à discision. Le calcul enlevé, les phénomènes douloureux cessent immédiatement, au grand étonnement de l'entourage. L'enfant rentre chez lui guéri.

Il y avait là un trouble paréthésique, avec erreur d'interprétation, erreur de lieu, trouble fréquent auquel il faut sou-

vent penser. Un dentiste moins consciencieux aurait arraché des dents fort innocentes, alors que tout le drame avait pour cause un minuscule calcul de l'amygdale.

OBSERVATION IV (Thèse du Dr AHOND). — *Paresthésie pharyngée, sensation de corps étranger, inquiétude vague sans état phobique vrai.*

M. A..., 50 ans, viticulteur, vient consulter pour une sensation de corps étranger existant depuis plusieurs mois, le gênant lors de la déglutition à vide et surtout pendant la nuit.

Il sent comme une boule dans la gorge et redoute un cancer.

C'est un pléthorique, obèse, coloré, gros mangeur et joyeux vivant, qui n'a jamais été malade jusqu'au jour où se sont installés ces troubles qui l'inquiètent.

L'examen de la gorge et du nez montre, pour tout symptôme objectif, des varices assez volumineuses au niveau de l'amygdale linguale.

Un badigeonnage au menthol fait disparaître immédiatement la sensation accusée par le malade ; celui-ci se laisse alors facilement convaincre qu'il n'a pas de cancer, mais simplement des poussées congestives du côté de son amygdale linguale, comme il en a, du reste, au niveau d'hémorroïdes, rarement fluentes.

Un traitement général destiné à régulariser la circulation veineuse, et quelques pastilles au menthol, qui font disparaître les sensations de corps étranger à la base de la langue, font tout rentrer dans l'ordre.

Au bout d'un an, le malade n'avait pas été repris des sensations subjectives qui l'inquiétaient et troublaient son sommeil.

OBSERVATION V (clinique BOULAY et LE MARC'HADOUR). — *Paresthésie pharyngée, avec gêne fonctionnelle, sans obsession ni phobie ; nerveuse banale.*

M^{me} A..., 20 ans, vient consulter pour une gêne de la respiration, datant de l'enfance. L'examen objectif révèle la présence de végétations adénoïdes, qui sont opérées. Ces végétations, en dehors de l'obstruction mécanique, entretenaient un état continu d'infection du nez et du pharynx, avec mouchage muco-purulent abondant.

L'état général est bon ; la malade est nerveuse au sens banal du mot, mais sans stigmates névropathiques.

Quelques semaines après l'opération, la patiente revient, se

déclarant très améliorée au point de vue de son catarrhe pharyngé, mais toujours aussi gênée pour respirer par le nez. Cette gêne est constante, mais plus accusée cependant la nuit et entraînant la béance buccale, avec sécheresse de la gorge et parfois une esquisse d'asthme.

L'examen objectif, soigneusement pratiqué, ne laisse voir aucune trace de végétations; le pharynx nasal est parfaitement libre et le nez perméable très largement, sans crête de la cloison, sans dégénérescence des cornets inférieurs.

La malade, invitée à respirer par le nez, affirme cependant ne pouvoir le faire que par la bouche et déclare que, quand elle fait une inspiration nasale, elle ne sent pas l'air passer. Un simple badigeonnage au menthol est pratiqué dans le cavum, appuyé par l'affirmation que le naso-pharynx est libre maintenant, et, sous l'influence de la fraîcheur du médicament et de cette suggestion douce, la patiente fait une large inspiration et déclare, avec joie, qu'elle sent le passage tout à fait libre.

Voilà donc une malade ayant une fausse sensation d'obstruction que l'examen objectif nous montre être erronée; l'origine de cette fausse impression peut être attribuée à deux causes :

1° A une mauvaise habitude, prise depuis l'enfance, de respirer par la bouche, habitude qui nécessite souvent, après la désobstruction du nez, des exercices de gymnastique respiratoire, une véritable rééducation de l'automatisme physiologique ;

2° A des sensations paresthésiques partant de la muqueuse du pharynx nasal, qui est encore rouge et sécrétante.

Les terminaisons nerveuses, du fait de cet état catarrhal, et aussi peut-être parce qu'elles ne sont pas encore entraînées à leur rôle d'avertisseur bulbaire, la malade n'ayant pas respiré par son nez depuis son enfance; les terminaisons nerveuses, disons-nous, ne portant pas aux noyaux bulbaires la sensation physiologique et normale de fraîcheur que donne le passage de l'air sur une muqueuse saine, ceux-ci font appel aux centres corticaux où se forme une conviction erronée.

La sensation de fraîcheur due à l'évaporation du menthol fait reparaitre l'impression de liberté respiratoire qui rassure

le bulbe et convainc les centres corticaux, préparés à l'exacte interprétation des faits par notre affirmation, que le nez est perméable.

C'est là un cas de paresthésie légère en quelque sorte schématique, dont nous avons pu suivre la formation et le mécanisme.

Ici l'élément psychique est réduit au minimum; il y a une simple erreur sans anxiété, et l'erreur est facile à redresser par un traitement local qui modifie la muqueuse malade, un peu de gymnastique respiratoire, et l'affirmation facilement acceptée que le naso-pharynx est libre.

Les cas analogues sont légion et constituent l'entrée en matière d'un mémoire sur les paresthésies pharyngées.

2. TYPE GRAVE. — Dans un second type, le terrain nerveux est plus accusé; la sensation pharyngée objective ou purement imaginaire se manifeste chez un neurasthénique ou chez un anxieux psychasthénique, chez un malade à basse tension psychologique, comme disent les neurologistes, c'est-à-dire chez un individu dont la volition n'est pas assez forte pour chasser l'idée malade qui a envahi la conscience.

Ces malades, nous y reviendrons en étudiant les phobies, sont des inquiets, des anxieux. A la conviction erronée et malade s'ajoute presque toujours un élément d'angoisse, de crainte; ce sont, en général, des paresthésiques phobiques.

Leur existence se trouve souvent troublée par cette sensation paresthésique. Ces clients, nous les avons tous vus dans notre cabinet, nous avons tous dans la mémoire ces malheureux, tremblants, agités, nous faisant le récit angoissé de leurs souffrances intolérables, et terminant leur confession par l'affirmation affolée qu'ils sont syphilitiques, cancéreux, tuberculeux.

La lecture de livres de médecine donne à leur description l'allure scientifique des récits des nerveux; il n'est pas jusqu'au petit papier où est relatée la maladie, relation précédée d'un fastidieux exposé des antécédents, qui ne soit caractéristique du névropathe. Non moins typique est l'exhi-

bition du flacon contenant ce que le malade crache, ce qu'il expectore le matin, etc.

On peut décrire trois variétés de ce type intense, suivant qu'il se complique ou non de tics ou de phobies fonctionnelles.

a. *Type grave sans complication.* — Les symptômes sont les mêmes que dans le type bénin ; ce qui est différent, c'est l'importance de l'élément psychique.

Ici nous trouvons tous les degrés depuis le neurasthénique intoxiqué, surmené, que le traitement local et général guérit, en passant par le nerveux constitutionnel héréditaire, qui guérit plus difficilement, et ira demain chez un autre confrère se plaindre d'un pseudo-rétrécissement, jusqu'au mélancolique anxieux délirant, dont toute la conscience est envahie par la sensation malade et qui se suicide ou finit dans un asile d'aliénés.

Dans cette catégorie, comme dans la précédente, nous trouvons tantôt quelque petite lésion, tantôt rien d'apparent. Les cas les plus favorables sont ceux où il y a une lésion objective, si légère soit-elle ; on peut toujours espérer un heureux résultat de sa guérison et de la disparition de cet appel périphérique. Une illusion procède d'un trouble psychique moins profond qu'une hallucination.

b. *Type grave avec tics.* — Un grand nombre de malades viennent nous consulter pour un raclement guttural constant, des secousses d'expirations nasales bruyantes que rien n'explique et qui ont pour origine une sensation paresthésique. Là encore nous rencontrons tous les degrés, selon l'intensité du nervosisme et l'état psychique du patient.

Le cas léger et fréquent, c'est celui du toussEUR pharyngé discret et banal ; mais en voici un autre dont la toux bruyante trouble tellement l'existence qu'il ne peut plus vaquer à ses occupations. Cette autre fait entendre un bruit expiratoire violent, fatigant pour elle, odieux pour l'entourage : c'est une ouvrière à la journée, ce tic la rend insupportable, on ne l'emploie plus, elle est menacée de la plus noire misère.

Voici un asthmatique sans emphysème pulmonaire, dont la dyspnée est causée par des sensations paresthésiques du pharynx nasal : nous pouvons le ranger parmi les tiqueurs.

OBSERVATION XI (Thèse du Dr AHOND). — *Paresthésie avec irradiations douloureuses chez un neurasthénique surmené; échec du traitement local.*

M. P..., 43 ans, se présente à nous en février 1903, se plaignant de ressentir depuis trois mois une gêne dans le côté droit de la gorge avec irradiation un peu douloureuse sur la partie postérieure du bord correspondant de la langue, au point de réunion du pilier avec le bord de la langue. La partie droite du cou lui paraît empâtée au palper; il est inquiet, anxieux, se demandant s'il n'est pas atteint d'une affection grave. La douleur s'exagère par la déglutition à vide; est calmée, au contraire, par la déglutition des aliments.

Il n'existe rien d'anormal à la gorge à l'examen avec le miroir; l'exploration de la loge amygdalienne au stylet coudé ne permet d'y déceler la présence d'aucune crypte malade. De simples badiageonnages à l'huile mentholée à 1/20 soulagent le malade, mais pour quelques semaines seulement.

Depuis cette époque, les troubles ont reparu et disparu à plusieurs reprises sans raison apparente; le malade a cependant remarqué que, pendant les vacances et dans les périodes où ses affaires le préoccupent moins, en un mot quand il a de la distraction, la gêne est beaucoup moindre, il lui arrive de ne plus penser à sa gorge pendant des mois entiers. A chaque récurrence des troubles, il revient nous trouver pour nous faire part de ses craintes; il redoute le développement d'un cancer. En dernier lieu, nous avons donné le nom de *pharyngite latérale* à son affection; cette dénomination l'a complètement rassuré pour le moment.

OBSERVATION XII (Thèse du Dr AHOND). — *Paresthésie pharyngée; sensation de corps étranger.*

M^{me} T..., 40 ans, éprouve depuis quelques semaines une douleur dans le côté droit de la gorge, analogue à celle que ferait éprouver un fragment d'os implanté dans le pharynx. Elle indique du doigt la région de l'amygdale comme étant le siège de la douleur. L'exploration la plus attentive ne fait découvrir aucune lésion.

Depuis cinq ans, M^{me} T... éprouve sans interruption la même gêne avec des phases d'exaspération pendant lesquelles la douleur irradie vers la région sus-claviculaire et l'épaule.

Elle est convaincue qu'un corps étranger est resté dans la gorge et qu'un abcès ou un cancer est en train de s'y développer. L'examen aux rayons X qu'elle a réclamé a donné un résultat

négalif. Malgré cela et malgré les assurances réitérées que nous lui avons données, l'obsession persiste. Des badigeonnages du pharynx, des révulsifs extérieurs atténuent ses sensations anormales, mais ne les font jamais disparaître. L'état général est excellent.

OBSERVATION XIII (personnelle). — *Paresthésie pharyngée alternant avec de la glossodynie chez un nerveux héréditaire, neurasthénique et surmené.*

Voici une observation dont l'intérêt réside dans l'alternance des phénomènes paresthésiques du pharynx et de troubles glossodyniques, montrant ainsi l'équivalence parfaite de ces troubles de la sensibilité, leur succession dans la conscience du malade, et toute l'importance du terrain qui commande les algies.

Ce malade est un anxieux né, un phobique qui fera demain de la phobie appendiculaire, comme il fait aujourd'hui de la paresthésie pharyngée et linguale.

C'est un jeune ingénieur de 36 ans, peu résistant moralement et physiquement, se fatiguant vite. Sa mère est une nerveuse et lui-même, depuis sa naissance, est un anxieux, un inquiet.

Il vient consulter pour sa langue, dont il est très inquiet, et pour sa gorge dont il est beaucoup tourmenté. Il a souvent dans la gorge une sensation de corps étranger, de gêne, de chatouillement, qui l'incite à tousser et à cracher; sa toux dans ces crises ne lui laisse guère de repos. Nous l'avons vu dans ses périodes de toux pharyngée, qui est une toux paresthésique, sans lésions objectives pouvant l'expliquer.

Mais, si les sensations pharyngées entraînent une toux quinteuse, un tic, elles ne donnent naissance à aucun trouble émotionnel; c'est la langue seule qui inquiète le malade. Il y éprouve des sensations pénibles, des picotements, des inquiétudes vagues; il la regarde, la palpe, croit y sentir des noyaux durs, la frotte entre ses dents; c'est pendant des journées entières son occupation et son angoisse.

Ces sensations entraînent, en effet, de véritables angoisses avec palpitations et sueurs; le malade est hanté de la crainte du cancer.

Objectivement la langue est une langue un peu sale de dyspeptique constipé.

Après un examen attentif, nous remontons avec le malade les étapes de son angoisse malade, lui expliquant qu'il n'a rien et pourquoi il n'a rien.

M. B..., qui est un homme instruit et intelligent, part convaincu

et consolé, et pendant des jours et des semaines est maître de ses sensations jusqu'au moment où une fatigue ou un ennui vient épuiser sa faible résistance, diminuer sa volonté, abaisser sa tension psychologique ; il sombre alors à nouveau dans sa phobie de cancer, reprend son tic pharyngé et vient rechercher près de nous le réconfort, la notion du réel, qu'il a perdue, et qu'il ne peut retrouver sans aide et sans appui.

Nous le voyons ainsi trois ou quatre fois par an. Le malade a remarqué qu'il va beaucoup mieux quand il a fait une période de service militaire ; comme tous les nerveux, la vie saine, au grand air, et la discipline lui sont très favorables.

Chez ces malades, les sollicitations périphériques sont toujours identiques ; quand la volonté est entière, elles sont discrètes ; quand elle est fatiguée, elles envahissent la conscience. Le pharynx devient le départ d'un tic moteur, la toux, et la langue d'un tic émotionnel, la cancérophobie.

OBSERVATION IX (personnelle). — *Paresthésie pharyngée, avec troubles dyspeptiques et cardiaques, vertiges, phobies multiples, état anxieux chez une neurasthénique psychasthénique.*

M^{lle} M..., 45 ans, névropathe avec nombreux stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, nanisme, microdactylie, stigmates psychiques très nets aussi ; la malade est un type d'anxieuse chez qui tout devient obsession et phobie.

L'enfance a été troublée par toutes les maladies éruptives ; depuis la santé est restée déplorable, avec un état dyspeptique rebelle, sujet à des crises ramenées par la moindre fatigue physique ou morale ; la malade est née fatiguée.

Le système vasculaire ne vaut pas mieux que l'estomac : il y a de l'athérome artériel sans lésions cardiaques, mais avec un cercle sénile de la cornée prématuré, et un pouls lent permanent.

La malade a eu, vers 35 ans, une crise vertigineuse pour laquelle elle aurait été obligée de rester au lit pendant des semaines, la station debout et les tentatives de marche ramenant des vertiges avec crainte de chute.

Ces vertiges ont complètement disparu, et l'audition est normale ; ils étaient donc dus à un trouble temporaire purement dynamique du labyrinthe. Son estomac et son système vasculaire également mauvais peuvent avoir été la cause de ces troubles subjectifs. La longue durée du séjour au lit pourrait bien cacher une crise d'astaso-basophobie consécutive aux troubles auriculaires.

Actuellement, alternant en quelque sorte avec les troubles dyspeptiques, la malade présente des crises pharyngées pour lesquelles nous la voyons depuis des années. Elle se plaint de sensations de sécheresse, de brûlure, d'ardeur dans la gorge. Ces sensations lui rendent l'alimentation très pénible ; elles sont généralisées à tout le pharynx, nasal et buccal. La malade passe sa journée devant son miroir à regarder sa gorge et à y découvrir des granulations qui n'existent que dans son imagination ; mais cette conviction que son pharynx est très malade s'impose à son cerveau et y imprime la crainte des maladies les plus graves.

L'examen objectif, régulièrement et soigneusement pratiqué, a toujours été négatif ; nous n'avons jamais constaté ni rougeur vive, ni troubles sécrétoires, ni sensibilité exagérée à la pression en aucune région.

La malade est le type des neurasthéniques qui éprouvent tous les maux, les décrivent longuement, mais se laissent assez facilement convaincre de l'inanité de leurs craintes ; nous arrivons donc toujours à la renvoyer consolée.

Mais, à peine sortie de chez le spécialiste, elle se précipite chez son médecin, calmée de ses craintes pharyngées, mais inquiète de son estomac, à moins que ce ne soit de son cœur. Sa vie se passe ainsi en état de perpétuelle inquiétude ; c'est une panophobique qui, comme le dit Roux dans son intéressant article sur les dyspepsies, n'est pas née viable. Tous ses organes sont successivement fatigués, et son grand sympathique chroniquement irrité par son mauvais état d'intoxiquée est perpétuellement en éveil. Sa vie organique n'est jamais silencieuse, mais s'impose à sa conscience par un organe ou par un autre, de là son état continu d'anxiété et ses phobies successives.

Elle a peur des maladies, mais elle a peur aussi des médicaments et de leurs effets, et chez une semblable malade une thérapeutique locale brutale serait certainement le point de départ de phobies nouvelles. C'est une neurasthénique et non une hystérique ; elle n'a pas le mécanisme mental de la grande névrose avec sa facile suggestibilité ; notre malade est une douteuse et non une hystérique convaincue.

Le traitement général doit ici prendre le premier rang, et le spécialiste se bornera à poser un diagnostic et à instituer une thérapeutique purement psychique.

OBSERVATION X (personnelle). — *Paresthésie pharyngée avec tic et algie linguale chez une neurasthénique anxieuse psychasthénique.*

M^{me} F..., 50 ans, couturière, vient consulter pour des douleurs très vives qu'elle ressent à la langue, douleurs qu'elle compare à des coups d'épingle; elle accuse aussi des brûlures intolérables quand elle mange. Cet état l'inquiète, et elle se présente avec une allure particulière qui permet de pressentir une névropathe.

Mais, en dehors de ces douleurs, qui lui font craindre un cancer, la malade a une autre misère : c'est un tic expiratoire bruyant et presque continu qui coupe ses phrases et donne à sa conversation une allure toute spéciale.

Interrogée sur la cause de ce tic, elle répond qu'elle ne peut faire autrement, car elle a un continuél sentiment de corps étranger dans l'arrière-gorge, et c'est pour s'en débarrasser qu'elle fait ce mouvement d'expiration et le bruit qui en est la conséquence.

Ce tic est de date très ancienne; il a beaucoup gêné la malade et lui a fait du tort pour se placer comme ouvrière à la journée dans les maisons bourgeoises; ce tic est, en effet, exaspérant. Actuellement, il est au second plan des préoccupations de la patiente; son esprit est envahi tout entier par les craintes que lui inspirent ses douleurs de langue, par sa cancérophobie.

L'examen objectif montre une langue un peu saburrale avec piqueté rouge dû à de l'hypertrophie légère des papilles; ce sont surtout les papilles du V lingual que la malade touche du doigt et regarde dans la glace toute la journée, qui l'inquiètent.

L'examen du rhino-pharynx est tout à fait négatif, et cette sensation de corps étranger est purement subjective.

La malade est une malheureuse créature, née de santé précaire, pour laquelle le moindre travail est une fatigue; la vie en a fait une isolée misérable, obligée de prolonger les veilles pour vivre de son métier. La fatigue, l'isolement, les soucis, la misère, tout s'est réuni pour en faire une neurasthénique dyspeptique, avec constipation, douleurs gastriques, acné rosacée de la face. L'état saburral de la langue et l'irritation chronique du tube digestif ont donné naissance à des sensations paresthésiques.

Ces sensations ont été d'abord localisées au pharynx nasal et ont donné naissance à une illusion sensorielle et à une impulsion motrice involontaire, mais consciente, un tic expiratoire réflexe.

La volonté a été trop faible pour faire cesser ce tic, qui s'est imposé tyranniquement, et la malheureuse, vraiment odieuse à entendre, a perdu la dernière place où elle travaillait à la journée.

Revenue dans sa misérable chambre, avec de nouveaux sujets de fatigue et d'inquiétude, son état gastrique s'est aggravé; la

langue est saburrale, les papilles sont un peu rouges et sensibles; de nouvelles sensations s'imposent à la conscience et l'envahissent, créant l'obsession, la phobie du cancer.

Vainement nous essayons de la rassurer, inutilement nous tentons les traitements locaux, aucune suggestion n'a de prise sur elle; continuellement elle retombe dans sa phobie de cancer et dans son tic. C'est, en effet, une malade peu suggérable, une neurasthénique surmenée et intoxiquée; une nerveuse constitutionnelle; ce sera peut-être demain une délirante, une mélancolique anxieuse.

OBSERVATION XI (Thèse du D^r AHOND). — *Paresthésie pharyngée. Tuberculo-phobie chez un obsédé.*

M. P..., 50 ans, névropathe phobique, a déjà fait, il y a quelques années, de la mélancolie anxieuse qui a obligé son entourage à exercer sur lui une surveillance continue. Il croyait avoir un cancer de l'estomac, parce qu'il avait eu quelques émissions sanguines venant de ses gencives. Il pensait alors que la seule façon de guérir son cancer était de se suicider.

L'an dernier, après une bonne période de deux années, où l'influence bienfaisante d'une compagne très pondérée avait amélioré son état nerveux, il se plaint de sensations très douloureuses dans le pharynx. Il localise très nettement le siège de sa douleur entre le nez et la gorge. Il a une sensation de brûlure, de déchirure, et affirme qu'il a une ulcération, sur laquelle il applique affirmativement le diagnostic de tuberculose.

Il vient consulter avec toute l'allure extérieure d'un profond découragement, qui est presque la signature des phobiques, et raconte son histoire pathologique avec beaucoup de tristesse et d'abattement.

L'examen objectif ne décèle qu'une très vague rougeur du pharynx nasal, avec quelques rares mucosités, que le malade expulse à grand renfort de raclage et qu'il décrète venir de l'ulcère tuberculeux de son pharynx.

Un attouchement au menthol calme ces phénomènes douloureux, mais sans cependant les faire disparaître complètement.

Le malade est très amélioré, mais depuis huit mois il doit être revu tous les quinze jours, car son état de débilité mentale est tel qu'il ne peut garder plus longtemps la bonne suggestion que lui imposent l'attouchement au menthol et les paroles consolantes du médecin.

Dans cette observation, où la guérison temporaire oblige à des soins encore assidus, la part du psychisme ressort nettement, et il est aisé de voir qu'on ne guérit ces malades qu'au prorata de la conviction qu'on leur impose, soit par une modification médicamenteuse temporaire de leurs sensations subjectives, soit par une modification définitive du psychisme.

c. *Type grave avec phobies fonctionnelles.* — Une phobie est l'équivalent d'un tic au point de vue psychologique; c'est une émotion qui échappe à la volonté, comme le tic est un mouvement qui échappe au même contrôle.

Or, à côté des tics, qui sont des mouvements automatiques déraisonnables, il y a des troubles fonctionnels phobiques qui sont le refus d'exécuter un mouvement raisonnable utile au bon fonctionnement de la vie organique, sous le prétexte qu'il est devenu dangereux ou impossible.

Ces malades refusent de manger et affirment, avec une telle conviction qu'ils ne peuvent pas avaler ou qu'ils ne peuvent avaler sans étouffer, que souvent le médecin songe à un néoplasme, et cette idée prend plus de vraisemblance encore par le fait de l'amaigrissement qui peut accompagner cette phobie, quand l'inanition dure depuis quelque temps.

L'examen, l'exploration par la sonde permettent de constater qu'il n'y a ni rétrécissement ni spasme; la voie est parfaitement libre, il n'existe qu'une phobie dont le point de départ est une sensation paresthésique remontant à des semaines, à des mois, et ayant envahi la conscience pour s'y cristalliser à l'état de conviction obsédante.

Les professeurs Raymond et Janet rapportent dans leurs études sur les obsessions de nombreuses observations de phobies fonctionnelles.

Les plus fréquentes sont des phobies de la déglutition et de la phonation.

OBSERVATION XII (Raymond et Janet). — *Obsessions et psychasthénie. Dyspepsie acide; maladie de Reichmann; phobie de la déglutition (résumée).*

« Vous remarquerez que cet homme de 40 ans marche à

petits pas et qu'il paraît faible ; vous remarquerez aussi son teint si pâle et sa mauvaise mine ; son aspect était si mauvais, son teint si jaune, surtout il y a huit jours, car il est déjà mieux, que nous avions pensé à l'existence d'une tumeur. Nous avons été heureux d'apprendre qu'un examen avait été pratiqué à ce point de vue par M. Tuffier et qu'il avait été absolument négatif. En réalité, cet aspect maladif provient en partie de ce que son estomac digère mal, et en majeure partie de ce que le malade ne mange pas suffisamment.

« Voyons d'abord le premier point qui nous intéresse le moins ici, le trouble de l'estomac. Le malade ne souffre pas dans l'estomac au moment où il mange ; au contraire, il est plutôt soulagé par l'alimentation, mais, deux heures après, l'épigastre se gonfle, le malade sent des gaz qui s'agitent, qui montent, qui descendent. Les douleurs commencent horriblement pénibles : « Cela me ronge, me brûle, m'étouffe, un poids me serre en travers de la poitrine. » Ces douleurs durent plusieurs heures, jusqu'au repas suivant, souvent toute la nuit. Le premier symptôme est donc constitué par des crises de douleurs gastriques tardives, survenant quelques heures après le repas... Le malade a une dyspepsie acide.

« Ce malade se nourrit très difficilement ; ce n'est pas uniquement à cause des souffrances de l'estomac ; celles-ci ne surviennent, nous l'avons dit, que deux ou trois heures après le repas, et le malade pourrait les affronter s'il le savait nécessaire ; la vérité, c'est qu'il ne peut avaler, les aliments ne veulent pas pénétrer dans son estomac.

« Sommes-nous en face d'un spasme de l'œsophage ? M. Tuffier a sondé le malade avec soin sans rencontrer nulle part de résistance ; d'ailleurs le malade sait bien que les aliments ne s'arrêtent pas en descendant ; c'est dans la gorge, dans la bouche, qu'il a une gêne pour avaler ; cette gêne consiste en ce que le malade sent qu'il étouffe ou qu'il a peur d'étouffer pendant le passage des aliments ; il s'arrête tout court au moment d'avaler ; il sent qu'il tomberait sans connaissance s'il continuait à avaler.

« La tête lui tourne, il a des saisissements, des tremblements, des terreurs de mourir, et il faut qu'il cesse de manger. Aussi avale-t-il les aliments liquides par toutes petites gorgées, en respirant entre chaque petite cuillerée...

«... Vous remarquerez qu'il y a, à propos de la déglutition et à propos de l'œsophage, trois symptômes qui sont très voisins :

« 1° Les dysesthésies, douleurs bizarres ou sensations de boule, etc. ;

« 2° Les spasmes qui siègent à diverses hauteurs de l'œsophage ;

« 3° Les phobies de déglutition dont nous citons des exemples.

« Ces trois phénomènes dépendent d'une fixité malade de l'attention sur les sensations qui proviennent du pharynx. On peut dire, si vous voulez, qu'il y a un trouble dans la circulation ou dans le fonctionnement du centre cortical du pharynx. Ce langage n'ajoute pas grand'chose à nos connaissances précises.

« Ce qui est plus intéressant, c'est d'abord de remarquer l'association de cette phobie avec la maladie de l'estomac. Il serait très commode de pouvoir dire que la phobie en résulte ; le malade aurait souffert de l'estomac ; ensuite les toxines fabriquées dans l'estomac auraient influencé son cerveau, enfin il aurait craint de manger. Malheureusement, il est absolument certain que la préoccupation du pharynx, la phobie de la déglutition ont précédé de plus de six mois la maladie de l'estomac. C'est la même dysesthésie, le même spasme qui a envahi peu à peu l'estomac et le pylore comme le pharynx.

« Il est intéressant de remarquer aussi que cet homme ressemble par toute sa vie antérieure à nos malades obsédés, c'est un inquiet, un agité, un scrupuleux.

« A une époque où il avait beaucoup d'ennuis, une petite gêne dans la gorge, un grattement qu'il éprouvait a été le point de départ de cette histoire. »

OBSERVATION XIII (CHERVIN, *Des phobies verbales*, Paris, 1895). — *Paresthésie pharyngée ; phobie fonctionnelle de la phonation chez un psychasthénique.*

B. Q..., âgé de 38 ans, est soigné depuis des années pour une prétendue affection du larynx ; il a été dans plusieurs villes d'eaux, il a subi toutes sortes de traitements. C'est que depuis des années la parole lui est devenue de plus en plus difficile ; quand il essaie de parler, il ressent une faiblesse générale, ses jambes flageolent.

Aussi n'essaye-t-il jamais de parler quand il est debout, car il tomberait.

Il rattache tous ces troubles à des lésions tuberculeuses qu'il doit avoir dans la gorge.

L'examen le plus minutieux que M. Cartaz a bien voulu répéter démontre que le larynx est absolument sain. Un peu de pharyngite survenue il y a des années, et l'inquiétude causée par son métier de mécanicien qui l'expose aux poussières de charbon, ont déterminé la forme de cette phobie.

OBSERVATION XIV (personnelle). — *Paresthésie pharyngée ; trouble fonctionnel vocal durable ; état anxieux et phobique chez un neurasthénique.*

M. X..., artiste lyrique, 40 ans, est un nerveux surmené comme le sont souvent les gens de théâtre, avec cet état particulier d'inquiétude que l'on appelle en terme de métier le trac et que médicalement nous rangerons tout près de l'inquiétude malative. Il suffit d'un surcroît de fatigue, d'une grippe qui diminue temporairement la résistance, ou du poids trop lourd d'une création nouvelle, d'un rôle important, pour que cette prédisposition devienne de l'anxiété pathologique avec ses conséquences.

Notre malade a subi le contre-coup du surmenage professionnel ; il a été pris de troubles vocaux, de fatigue rapide qui l'oblige au repos ; il s'est inquiété de cette fatigue, a ruminé ses inquiétudes et a pris tous les médicaments et les gargarismes réputés dans les coulisses, depuis l'aconit jusqu'aux gouttes homéopathiques ; le tout sans résultat.

Il passe sa vie à regarder sa gorge dans un miroir qu'il porte toujours sur lui ; il constate ainsi quelques amas caséeux dans les cryptes de ses amygdales ; voilà la cause de ses troubles vocaux et de toutes ses misères.

Il pense continuellement à sa gorge, et cette attention malative fait surgir des sensations qui peu à peu se précisent, se systématisent, prennent forme ; il sent maintenant très nettement comme un corps étranger, comme une gêne, chaque fois qu'il veut chanter ; ces impressions pénibles deviennent plus intenses, s'accroissent rapidement ; c'est comme un tiraillement qui bride le larynx et entraîne une fatigue rapide accompagnée d'angoisse.

Sur ce terrain nerveux, en effet, des phénomènes émotionnels se sont rapidement surajoutés aux idées fixes ; l'idée seule de chanter lui donne des palpitations, de l'anxiété ; il est devenu un phobique du larynx.

Nous le voyons, à cette période de sa maladie, inquiet, désolé de voir sa belle carrière artistique très compromise, et réclamant un soulagement : « Je sens bien, dit-il, que mon larynx est bon, mais c'est comme une gêne que j'ai là, » et il montre ses amygdales.

La voix parlée est tout à fait normale, et l'examen objectif montre un nez et un pharynx nasal tout à fait normaux. Le larynx laisse voir des cordes parfaitement blanches, sans aucune trace de fatigue, de surmenage ou de paralysie. Les amygdales présentent quelques cryptes avec un peu de rétention caséeuse, surtout entre la tête de l'amygdale et le pilier.

Une discision de l'amygdale est proposée; mais, après quelques promesses, ce traitement échoue pitoyablement.

Le malade sent toujours sa gêne, pour laquelle il suit les traitements les plus variés; mais les thérapeutiques locales non seulement restent sans résultat, mais encore fixent l'attention du malade sur sa gorge et aggravent sa phobie. Depuis qu'on lui a fait quelques cautérisations bien innocentes, il croit sentir des cicatrices, des brides douloureuses qui tiraillent son larynx et l'empêchent de chanter.

Cette intéressante observation montre l'intérêt qu'il y a à poser un bon diagnostic dans les paresthésies pharyngées, à bien définir la part qui revient au terrain et la nature de ce terrain. Le traitement chirurgical, souvent héroïque chez certains nerveux, fut ici déplorable. C'est l'état mental qu'il fallait traiter en premier lieu; c'est le potentiel nerveux qu'il fallait remonter. Nous eussions peut-être guéri un hystérique; nos pratiques purement locales ont aggravé un neurasthénique anxieux.

OBSERVATION XX (personnelle). — *Paresthésie pharyngée avec tic, chez un pseudo-neurasthénique; guérison apparente; échec définitif; paralysie générale au début.*

M. X..., 50 ans, ouvrier peintre en voiture, vient consulter, pour un besoin continuel de cracher, qui entraîne un tic très désagréable. Toutes les cinq ou six minutes, il fait entendre un raclement suivi d'un crachat purement salivaire, auquel succède une série de petits crachotements terminés par un profond soupir. Il y a là un tic complexe du plus curieux effet.

Un tic semblable l'a déjà gêné, et sa guérison aurait été rapide après un traitement à Lariboisière.

L'examen objectif ne révèle rien d'anormal, et le diagnostic de trouble paresthésique s'impose.

Le patient n'est pas alcoolique, mais d'une santé assez médiocre, et très nerveux de son propre aveu.

Il réclame le badigeonnage qui l'a autrefois guéri, et nous donnons satisfaction à son désir; un attouchement de son pharynx avec une glycérine médicamenteuse le délivre de son tic pour quelques heures.

Nous avions classé ce malade dans les hystéro-neurasthéniques et espéré le guérir avec un peu de patience, en modifiant son état général précaire.

Nous avons dû modifier notre cas, malgré nos efforts, car son tic et des symptômes nouveaux se sont manifestés.

Actuellement, le patient présente un embarras de la parole, de l'inégalité des pupilles, des signes de paralysie générale, dont son état neurasthénique n'était que le prodrome.

Le pronostic que nous avons posé favorable est donc des plus sombres, et nous voyons avec quelle prudence il faut examiner ces malades avant de se prononcer.

OBSERVATION XVI (personnelle). — *Paresthésie pharyngée, avec algie très douloureuse; état anxieux grave, état subdélirant chez un paralytique général au début.*

M. B..., 37 ans, officier en réforme pour infirmités et troubles nerveux. C'est un ancien syphilitique qui présente depuis longtemps des troubles visuels, l'empêchant de faire son service; il a aussi depuis quelque temps des idées bizarres.

Le malade vient consulter pour sa gorge et fait le récit de ses misères, d'une parole caractéristique qui oriente le diagnostic du côté de la paralysie générale.

M. B... se plaint d'une douleur atroce dans la gorge, douleur si violente, si térébrante, qu'il ne peut, dit-il, continuer à vivre ainsi. Il a, ajoute-t-il, très certainement une carie osseuse dans l'arrière-nez, et il sent une horrible odeur de pourriture. Le pus qui vient de cet os carié lui coule continuellement dans la bouche et l'oblige à cracher.

La douleur, il la supporterait bien encore, car il est un homme énergique, mais ce qu'il ne peut subir plus longtemps, c'est l'odieux supplice de l'odeur et la descente continuelle de ces crachats purulents, qui l'obligent à un raclement continu. Cette obligation s'impose à l'observateur, car le malade porte à tout instant son mouchoir à sa bouche et y crache bruyamment.

En faisant ce récit, il se lamente, se désole et pleure; si on ne le soulage, il ne peut continuer à vivre ainsi et se donnera la mort. Cette idée du suicide libérateur le hante, et sa femme doit le surveiller de très près. L'origine de son mal lui est connue, c'est la nécrose syphilitique, et il a subi, raconte-t-il, en province des opérations qui ne lui ont donné aucun résultat; il vient à Paris réclamer une intervention radicale, si grave puisse-t-elle être.

L'examen objectif des fosses nasales est négatif; ni pus ni trace d'une affection quelconque; l'éclairage indique l'intégrité parfaite des sinus.

L'examen du rhino-pharynx ainsi que celui des amygdales ne

révèle rien d'anormal. Pendant toute la durée de l'examen, le malade s'agite et s'inquiète ; il s'interrompt à tout instant pour cracher ce pus qui lui descend sans trêve ni repos.

Avec de violents efforts de raclement, avec une mimique de dégoût angoissé, le malade crache dans son mouchoir un peu de salive parfaitement normale et la montre en affirmant que c'est un volumineux crachat purulent et fétide.

Le diagnostic s'impose, c'est un paralytique général avec des troubles paresthésiques du pharynx ayant donné naissance à des obsessions délirantes. Il n'a pas comme nos neurasthéniques une simple crainte malade, toute sa conscience est envahie, et sa raison sombre dans ce délire anxieux de sphacèle du pharynx.

On comprend, en lisant cette observation, l'intérêt d'un diagnostic précis. Dans un cas semblable, tout traitement local serait néfaste et ne ferait qu'exaspérer le délire. Il armerait le revolver du patient soit contre lui-même, soit peut-être contre son médecin.

3. PARESTHÉSIES CHEZ LES HYSTÉRIQUES. — Dans une classification prenant pour base le terrain nerveux, il faut faire une place spéciale aux paresthésies hystériques, qui sont commandées par un mécanisme mental tout à fait différent de celui des neurasthéniques et des anxieux, et qui comportent un pronostic et un traitement particulier.

OBSERVATION XVII (personnelle). — *Paresthésie, avec trouble fonctionnel hystérique.*

M^{lle} All. ., 42 ans, vient consulter pour une gêne respiratoire datant de l'enfance. L'enfant a toujours respiré la bouche ouverte et a été opérée de végétations adénoïdes ; mais, contrairement à l'attente de la famille, depuis l'opération, la gêne respiratoire n'a fait que croître, et la malade présente de véritables crises de suffocation avec angoisse quand on essaye de la faire respirer par le nez. La famille charge, bien entendu, le spécialiste qui a opéré l'enfant, et désire un examen, déclarant que l'opération a été mal faite. Les apparences sont en faveur de cette sévère appréciation.

Nous examinons une fillette très particulièrement nerveuse et difficile, et trouvons à la rhinoscopie postérieure un pharynx parfaitement libre, admirablement nettoyé des végétations, et, à la rhinoscopie antérieure, un nez large et perméable.

La malade est priée de respirer par son nez et s'y refuse obstinément; nous tentons de lui fermer la bouche avec la main; elle s'inquiète, s'affole, repousse la main et fait une bruyante inspiration de noyée.

Elle déclare, du reste, avec toute l'autorité d'un mauvais caractère qui, à lui seul, est toute une révélation, qu'elle interdit toute nouvelle tentative de ce genre. Nous nous le tenons pour dit; aussi bien le diagnostic est-il fait: paresthésie pharyngée chez une nerveuse, avec sensation de fausse obstruction rétro-nasale et phobie respiratoire.

Fait paradoxal, mais fréquent, l'acte opératoire réellement libérateur a fixé la phobie et remplacé l'obstruction mécanique du naso-pharynx par une obstruction psychique encore plus gênante.

Un interrogatoire sur l'état général de l'enfant nous conduit au diagnostic d'hystérie, et nous promettons la guérison par suggestion.

Cette promesse, nous la réalisons quelques jours après avec un peu de menthol en pulvérisation pharyngée et de bonnes paroles suggestives. L'enfant sort respirant par son nez et pleinement convaincue qu'elle n'étouffe pas quand elle ferme la bouche.

La guérison s'est parfaitement maintenue; chez l'enfant hystérique, la suggestion est généralement facile et durable.

OBSERVATION XVIII (Thèse du Dr AHOND). — *Paresthésie avec sensation d'étouffement.*

M. M., 35 ans, officier. Sans antécédents névropathiques.

Comme antécédents personnels, il présente quelques vagues manifestations arthritiques. Pas de troubles gastriques.

Il a déjà été soigné pour du catarrhe chronique des caisses avec bourdonnements d'oreille. Il présente du catarrhe nasal hypertrophique et un peu de pharyngite supérieure.

Le malade se plaint d'une constriction dans la gorge, qui l'empêche de porter des vêtements serrés autour du cou.

Un col ou un dolman trop strictement fermé entraîne une sensation de strangulation allant jusqu'à l'angoisse. Ces sensations lui sont si pénibles qu'il envisage l'éventualité d'abandonner sa carrière plutôt que de continuer à porter un dolman le serrant réglementairement.

Il y a environ trois mois que ces manifestations se sont installées, et, devant leur persistance et leur exagération, il se décide à consulter.

En présence du médecin, il tient son col boutonné, et il est pris

immédiatement de phénomènes de strangulation avec toux, réflexes nauséux, congestion de la face, phénomènes bruyants qui cessent lorsqu'il se dégrafe.

L'examen de la gorge, difficile à cause de cet état spasmodique, laisse voir de toutes petites amygdales bridées et, à gauche, un petit calcul gros comme une petite lentille, situé entre le pilier antérieur et la tête de l'amygdale. Un coup de disciseur les libère.

Immédiatement, le malade qui, en dehors des crises bruyantes, ressent constamment une sensation de constriction très pénible, se déclare délivré. Il boutonne son col facilement et part guéri. La guérison s'est maintenue depuis.

OBSERVATION XIX (publiée par M. le Dr LANNOIS, en 1905). — *Paresthésie pharyngée avec phobie fonctionnelle.*

Le nommé *Pierre Fel...*, âgé de 41 ans, manoeuvre, entre dans le service le 27 février 1904. Il ne présente aucun antécédent névropathique héréditaire ou personnel et se défend d'être plus impressionnable que la moyenne des individus. Il ne paraît pas alcoolique. Il sait assez vaguement lire et pas écrire.

Son affection remonte à trois ans. En mangeant du lapin, il avala un fragment d'os volumineux qu'il décrit en détail : « C'était, dit-il, une vertèbre munie d'une côte. Les irrégularités de la vertèbre et ses prolongements multiples la firent s'arrêter et se fixer dans le pharynx, tandis que la côte s'enfonçait dans les chairs et venait faire saillie sous le maxillaire.

A l'appui de son dire, il fait remarquer que, s'il tourne la tête à gauche, on peut sentir, sous le maxillaire, à droite, une forte saillie qui n'existe pas à gauche lorsqu'il tourne la tête à droite. On constate, en effet, que dans ce mouvement il y a une assez forte bride faisant saillie sous la peau et allant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien à l'angle de la mâchoire; elle paraît musculaire ou aponévrotique et n'existe pas à gauche.

Immédiatement après l'accident, il avait une douleur assez vive qui persista cinq à six jours; depuis il n'a jamais souffert. Mais il a une gêne constante, il a besoin de racler son naso-pharynx, il est très altéré et boit de la tisane de chiendent, le vin, s'il n'est pas coupé de beaucoup d'eau, lui causant de l'irritation; surtout il est très gêné pour manger, et depuis deux ans il ne se nourrit que de soupes ou de purées avec un peu de pain mâché. Le palper de la région maxillaire est devenu chez lui un véritable tic. Il se plaint de faiblesse générale, mais celle-ci n'est guère appréciable, car il

n'est pas maigre, résiste bien aux mouvements qu'on veut lui imprimer, donne 40 au dynamomètre.

Il a un peu d'hémihypoesthésie à gauche; mais la sensibilité au toucher superficiel et à la température est intacte. Il ne présente pas de zones hyperesthésiques ou hystérogènes. Le réflexe conjonctival est faible, le pharyngien aboli. Il n'y a rien aux yeux. Il présente un peu de surdité par otite moyenne chronique double, mais ne s'en préoccupe pas.

Aucun symptôme d'affection viscérale. Aucun trouble psychique en dehors de ce que nous venons de signaler; la parole est facile; la mémoire, l'attention, l'association des idées sont normales.

L'examen local ne révèle non plus rien de particulier, sauf un peu de pharyngite granuleuse banale et une hypertrophie assez nette de l'amygdale linguale.

L'affirmation qu'il n'y avait rien dans la gorge ne fit rien sur l'esprit du malade, convaincu par le fait tangible de sa bride sous-maxillaire.

On entra alors dans les idées du malade qu'une intervention était nécessaire, et, le 20 mars 1901, mon collègue Albertin, après anesthésie à l'éther, sectionna une série de brides fibro-aponévrotiques dans lesquelles on reconnaissait quelques fibres musculaires. La section avait été faite en travers, à mi-chemin entre le maxillaire inférieur et le sterno-mastoidien.

Pendant le réveil, on montra au malade un os de lapin qu'on s'était procuré à la cuisine et qu'on avait mis dans un flacon contenant de l'eau colorée avec un peu de perchlorure de fer.

Le soir même, notre homme mangeait comme les autres malades. Il a été revu plus d'un an après, et la guérison ne s'était pas démentie.

OBSERVATION XX (personnelle). — *Paresthésie pharyngée avec phobie fonctionnelle chez une neurasthénique anxieuse hystérique.*

M^{me} Gui..., 27 ans. Santé précaire depuis l'enfance, troubles dyspeptiques. Elle a deux enfants, dont le dernier âgé de 4 mois. Trop faible pour nourrir, elle les a envoyés en nourrice. Pendant sa dernière grossesse, elle a eu le ver solitaire et a été très affectée par cette maladie. C'est un type parfait de ces malades qui naissent avec un capital résistance insuffisant, tant physique que psychique. Elle est en effet nerveuse, toujours inquiète, incapable de résister à la moindre contrariété; elle se met facilement en colère et fait une crise de nerfs dès qu'elle en trouve l'occasion.

Malade depuis son enfance, elle vit dans la perpétuelle crainte des maladies.

Elle vient consulter, tourmentée et anxieuse ; depuis six semaines, elle ne peut plus avaler que des liquides et marche à l'inanition ; elle a maigri de 8 livres. Quand on lui demande pourquoi elle ne peut pas manger, elle explique : « Il y a six semaines, en mangeant des pommes de terre, elle a senti une douleur du côté droit de la gorge, où il y a encore un ganglion qu'elle montre et qui la tracasse ; cette douleur, elle la ressent toujours ; mais ce qui l'empêche surtout de manger, c'est l'impossibilité où elle est de déglutir. Quand elle veut avaler, sa gorge se ferme, et elle éprouve une très pénible angoisse et une sensation d'étouffement ; cette crainte est assez forte pour que la malade renonce à toute alimentation solide.

Nous donnons à la patiente un morceau de pain en la priant de l'avalier ; après quelques tentatives, elle le rejette. L'examen objectif ne laisse voir que de la rhinite atrophique et de la pharyngite sèche, mais rien qui explique cette impossibilité d'avalier. Nous pensons à un trouble parasthésique avec phobie fonctionnelle, consécutif à la déglutition douloureuse dont la malade fait elle-même le départ de ses maux.

Ce n'est pas une hystérie simple, c'est une hystéro-neurasthénique.

La sécheresse de son pharynx est un constant appel périphérique à ses sensations d'obstruction gutturale ; un badigeonnage au menthol crée une agréable sensation de fraîcheur et de libération qui prépare l'effet de notre persuasion.

La malade se décide à essayer d'avalier un morceau de pain et y réussit, mais la suggestion n'est pas de longue durée et, rentrée chez elle, elle est reprise de ses sensations et de leurs conséquences phobiques. Il faut avec patience reprendre tous les deux jours badigeonnage et suggestion, pour arriver enfin à obtenir la guérison de cette phobie ; mais la malade sera demain la victime d'une autre obsession si l'on n'arrive à modifier ce terrain prédisposé à toutes les déchéances physiologiques et psychiques.

Dans cette observation, on saisit sur le vif l'influence d'une dernière fatigue, la grossesse, pour faire sombrer la résistance psychique d'une prédisposée, et l'on voit combien, quand le terrain nerveux est préparé, une légère et banale cause étiologique suffit à entraîner des conséquences graves,

puisque cette maladie, dans sa conviction erronée, s'acheminait rapidement vers l'inanition.

Chez une pareille malade, une exploration de l'œsophage eût donné de très mauvais résultats ; en fixant encore l'attention malade sur les sensations de sa gorge, on eût pu voir se confirmer la phobie à la faveur de la moindre confusion lors de l'exploration. C'est le type des phobies que l'on aggrave par un traitement local intempestif.

C'est un type de transition ; par son état d'intoxication et de surmenage, c'est une neurasthénique ; par son obéissance rapide à la suggestion, elle se réclame de la mentalité hystérique ; c'est ce que les neurologistes appellent une hystéro-neurasthénique.

OBSERVATION XXI (personnelle). — *Paresthésie pharyngée, troubles de la déglutition et de la respiration, sans lésions objectives. Hystérie sénile.*

M. de S. M..., 70 ans, est un vieillard très bien portant, qui vient consulter pour des troubles de la gorge, à la fois sensitifs et fonctionnels.

Les troubles sensitifs consistent en une sensation continuelle d'ardeur et de brûlure parfois remplacée par une sensation de picotements insupportable, qui entraîne des quintes de toux convulsive allant presque jusqu'à l'ictus.

Le malade accuse de plus une gêne étrange de la déglutition, et, de fait, si on lui donne une bouchée de pain, il fait une déglutition maladroite, comme les malades qui ont une paralysie des muscles du pharynx, soit postdiphthérique, soit dans le syndrome glosso-labio-laryngé. Il tourne et retourne le bol alimentaire dans sa bouche, tente de l'avaler, échoue, le reprend, le mastique à nouveau, et finit, au bout d'un bon moment d'effort et de contorsions, par le déglutir.

Pendant ces efforts, il s'inquiète parce qu'il a peur que ses aliments ne tombent dans le larynx : cette pensée le rend plus maladroit, et quelquefois une pareille alimentaire entraîne une quinte de toux en faisant fausse route. Cet état entretient le malade dans une perpétuelle inquiétude, et souvent il se réveille la nuit, craignant d'étouffer en avalant sa salive.

On pourrait songer chez ce malade à un syndrome glosso-labio-laryngé en évolution, et porter un pronostic sombre, son âge autorisant l'idée d'un foyer bulbaire. Que montre l'examen

objectif? Aucun trouble de motricité du côté des lèvres et de la langue, pas de paralysie du voile ni des constricteurs du pharynx.

Le pharynx est un peu sec, comme cela arrive souvent chez les vieillards qui ont des muqueuses moins lubrifiées et moins bien vascularisées que dans la jeunesse; et c'est là probablement le départ des sensations subjectives de sécheresse, de picotements.

Le larynx est tout à fait sain; mais, quand on prie le malade de respirer, il s'agite, s'inquiète, et les cordes, au lieu de s'écarter, se rapprochent spasmodiquement sur la ligne médiane, donnant ainsi sous l'œil une esquisse des troubles respiratoires qui effraient le malade. Il y a là une dyskinésie laryngée qui sent la grande névrose, l'hystérie; il y a réalisation objective de la crainte malade, et ce n'est le fait ni de la neurasthénie ni de la psychasthénie, mais la caractéristique de l'idéoplasticité hystérique.

Nous expliquons longuement au malade que tous ces troubles sont dus à une petite mucosité sécrétée par son pharynx qui vient le chatouiller et entraîne tous les troubles fonctionnels, et nous lui affirmons que nous allons lui faire un attouchement qui va le libérer de ses sensations pénibles.

Le menthol nous rend ses habituels services: un badigeonnage du pharynx est suivi d'un sentiment de libération qui entraîne la conviction du malade.

Trois ou quatre séances de suggestion douce accompagnées de ce très simple traitement local suffisent à faire cesser cet état qui se prolongeait depuis des semaines et même des mois.

PATHOGÉNIE.

Nous avons défini les paresthésies pharyngées: une sensation erronée ayant pour point de départ ou pour aboutissant la gorge.

Pour point de départ, car la paresthésie pharyngée a souvent pour excuse et pour origine une sensation périphérique mal interprétée, une *illusion* sensorielle; pour aboutissant, car elle peut aussi être la projection périphérique d'une idée, une représentation purement mentale, sans origine pharyngée décelable, être une *hallucination* sensorielle.

Laségue a défini les deux choses quand il a écrit: « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie ».

nie. L'illusion s'appuie sur la réalité, mais elle brode; l'hallucination invente de toute pièce; elle ne dit pas un mot de vrai. »

L'illusion est un phénomène surtout psychique; chez elle, ce qui domine, ce n'est pas l'erreur des sens, mais l'erreur d'interprétation. L'illusion, dit Descourtis, est un mirage de l'esprit.

1° PARESTHÉSIE PAR ILLUSION SENSORIELLE. — L'illusion sensorielle qui donne naissance à la parasthésie peut être d'origine périphérique ou d'origine interne.

a. *Illusions d'origine périphérique.* — Elles ont le plus souvent pour cause première un trouble vaso-moteur ou sécrétoire.

Chez les nerveux, en effet, on constate de nombreux troubles du côté de la peau et des muqueuses; les plus fréquemment observés, même chez les simples émotifs, sont : les troubles vaso-moteurs, cyanose, œdèmes, asphyxies locales par contraction spastique des vaisseaux.

Ces troubles vaso-moteurs ont pour conséquence une exaltation de la sensibilité locale et l'apparition de sensations subjectives de chaleur, de fourmillement. Ainsi se trouve créée une sensibilité pathologique périphérique, qui a pour effet d'abaisser le niveau de la conscience; des sensations, trop faibles pour être normalement perçues, s'éveillent alors et s'imposent douloureusement à l'attention.

L'hyperesthésie et l'hypoesthésie de la muqueuse pharyngée, dont le rôle dans la constitution des troubles parasthésiques a été mis en évidence par Moure et par Bouyer, sont précisément sous la dépendance des troubles vaso-moteurs que nous venons de signaler.

A côté des troubles circulatoires, et commandés par eux, se produisent aisément chez les nerveux des troubles dans les sécrétions, notamment dans la sécrétion salivaire, qui peut être augmentée ou diminuée. De là une sensation de sécheresse ou, tout au contraire, une sensation de flux salivaire exagéré. Les altérations peuvent aussi porter sur l'aspect et la consistance de la salive, qui, selon les cas, est épaisse ou limpide, trouble ou claire.

Ces modifications donnent naissance à des sensations ou à des impressions sensorielles anormales qui attirent l'attention des malades et peuvent à leur tour devenir l'origine de paresthésies.

Que ces troubles sensoriels soient objectifs ou subjectifs, leur caractéristique est l'exagération pathologique de la sensibilité de la muqueuse pharyngée ou des plans sous-jacents (aponévrose, muscle, etc.), et l'envahissement du champ de la conscience par ces sensations exaltées.

b. *Illusions d'origine interne.* — Chez les nerveux, ce n'est pas seulement la sensibilité périphérique qui est modifiée, c'est aussi la sensibilité interne ou organique. « La sensibilité interne ou organique comprend les sensations internes, qui, partant des nerfs centripètes de chacun de nos organes, transmettent au cerveau les impressions produites par leur activité fonctionnelle, leurs besoins et leur condition de santé ou de maladie. » (RÉGIS, *Précis de psychiatrie.*)

C'est cette sensibilité interne ou organique, régie par le grand sympathique, qui donne le sentiment collectif, synthétique, de l'individualité organique : Morselli l'a dénommée *sensibilité cénesthésique*.

Normalement, le grand sympathique est un serviteur silencieux, et cette sensibilité organique se réduit à des sensations rudimentaires qui naissent et demeurent dans les profondeurs de l'inconscient. Chez les nerveux, la sensibilité du grand sympathique est modifiée ; cette sensibilité cénesthésique peut, selon les cas, disparaître, s'exalter ou se pervertir. Ces troubles se rencontrent chez les neurasthéniques, les hystériques, les obsédés, les anxieux, les hypochondriaques, chez les malades en un mot parmi lesquels nous recrutons nos paresthésiques pharyngés.

A cause même du silence habituel de la vie organique, ses appels sont particulièrement troublants pour la conscience ; aussi les sensations cénesthésiques jouent-elles un très grand rôle dans tous les troubles paresthésiques.

Selon le point de départ des sensations et l'orientation de la sensibilité malade, se trouvent créées les paresthésies pharyngées, les paresthésies de l'estomac, si bien étudiées

aujourd'hui et qui envahissent peu à peu le chapitre, hier encore si obscur, des dyspepsies, etc.

Pourquoi tel nerveux présente-t-il de la paresthésie du pharynx, tel autre de la paresthésie de l'estomac ? Il s'agit là de prédispositions individuelles. Une même émotion entraîne chez l'un de la constriction du pharynx avec sécheresse de la gorge ; chez un autre, de l'atonie gastrique ; chez un troisième, des palpitations ou de la diarrhée.

Le plus souvent, les sensations cénesthésiques sont des sensations erronées, des sensations étranges qui sont le point de départ d'obsessions, d'idées fixes ou délirantes.

Dans certains cas, les malades ne sentent plus fonctionner leurs organes, et cette impression donne lieu à des interprétations caractéristiques. Les malades prétendent n'avoir plus d'estomac et se condamnent à l'inanition, ou bien croient ne pouvoir avaler sans étouffer et présentent des troubles paresthésiques de la déglutition.

A côté de cette sensibilité subjective, il y a une sensibilité organique objective, normalement à peu près nulle, mais qui peut être exaltée chez les nerveux. Il en est ainsi de la sensibilité au niveau du creux épigastrique (plexus solaire et ganglion semi-lunaire) chez les dyspeptiques ; de la sensibilité des ovaires chez les nerveuses. Cette sensibilité objective est souvent le point de départ d'interprétations erronées, d'obsessions phobiques de la part des malades et de décisions opératoires, au moins inutiles, de la part des médecins.

Il y a, au niveau du pharynx et du larynx, un plexus et des ganglions du grand sympathique, dont nous avons signalé les analogies avec le plexus solaire.

Ces ganglions et ce plexus doivent être le point de départ de sensations analogues à celles qui émanent de leurs homologues abdominaux. Ils jouent très certainement un rôle que des observations ultérieures permettront de définir, dans les troubles que nous étudions.

2° PARESTHÉSIE PAR HALLUCINATION. — Nous venons de voir les troubles sensoriels être le point de départ des paresthésies pharyngées ; mais il n'est pas toujours besoin de sollicitation

périphérique pour créer une paresthésie ; celle-ci est alors une pure représentation mentale tout à fait comparable aux autres algies centrales, aux topoalgies, aux viscéralgies. Dans ces cas, le trouble dynamique est au cerveau, et le pharynx n'est que l'écran récepteur de cette image délirante. Chez d'autres malades, cet écran est l'estomac ; chez d'autres, la vessie ; chez tous, on retrouve les mêmes sensations erronées, les mêmes chimères.

Comme les autres algies centrales, les paresthésies pharyngées présentent cette caractéristique que les zones douloureuses ne répondent pas à un territoire limité anatomiquement ou physiologiquement. Il semble qu'il y ait des territoires psychiques répondant à une représentation mentale, car, chez les différents malades, on rencontre une topographie et des irradiations analogues, et on retrouve les mêmes erreurs et les mêmes préjugés anatomiques, mondains et populaires.

L'algie centrale, la paresthésie sans départ périphérique, est tout à fait comparable à l'hallucination. « Un homme, dit Esquirol, qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination. »

Certains de nos malades sont dans cet état, affirmant telle ou telle sensation précise, sans que le plus minutieux examen objectif puisse révéler une cause actuelle à cette sensation. C'est bien la sensation sans objet de Ball, une idée projetée au dehors.

Ségla (1) a judicieusement divisé les hallucinations en trois catégories : sensorielles, cénesthésiques, motrices.

a. *Hallucinations sensorielles.* — Elles peuvent affecter tous les sens, ce sont les plus connues et plus importantes ; nous savons le rôle considérable qu'elles jouent dans les névroses et les psychoses.

La plus intéressante pour nous, c'est l'hallucination du tact, distraite avec juste raison par Régis et Ségla de la

(1) SÉGLAS, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1895.

sensibilité générale, et en particulier l'hallucination passive du toucher ; nous appelons ainsi la sensibilité de surface des muqueuses comme de la peau.

Ces sensations paresthésiques sont tantôt vagues et élémentaires, indéfinissables, tantôt nettement différenciées ; ce sont alors les sensations, si souvent accusées par nos malades, de piqure, d'arrachement, d'ardeur ou de brûlure, de chatouillement.

b. *Hallucinations cénesthésiques*. — Les hallucinations de la sensibilité interne tiennent une place primordiale dans la formation des psychoses.

Elles se manifestent par les sensations les plus diverses : douleurs légères ou violentes, sensations de changement de place, de forme ou de fonctionnement des organes.

On voit ainsi des malades qui refusent d'avaler parce que leur gorge n'est plus percée, disent-ils ; d'autres, parce qu'ils croient n'avoir plus d'estomac. Ces malades accusent encore des sensations de laceration, d'obstruction, d'absence d'organes, de transformation d'organes en matière inanimée : bois, verre, fer, etc.

Ces sensations sont d'autant plus propres à s'imposer à l'esprit et à monopoliser l'attention qu'elles sont une floraison du champ de l'inconscient. L'esprit reçoit là les pires appels : c'est ce qui se produit toutes les fois que la sommeillante et discrète vie organique s'élève jusqu'à la conscience. Il faut une volonté forte pour mettre au point son dangereux bavardage ; et nous savons combien nos malades sont de volonté faible et d'attention insuffisante ; ce sont des abouliques, plus disposés à se laisser conduire par leurs impressions qu'à les contrôler.

c. *Hallucinations motrices*. — Séglas a décrit à part les hallucinations motrices, qui consistent dans la perception de mouvements imaginaires, partiels ou généraux. Dans cette catégorie de faits rentrent les sensations décrites par Mitchell et Pitres chez les amputés, qui ont la sensation d'accomplir un mouvement dans les parties enlevées. Les nerveux éprouvent ainsi dans le pharynx des sensations de mouvements imaginaires, qui donnent naissance à de multiples

interprétations : le malade se figure que son pharynx se contracte et croit aussitôt sentir ces contractions.

Nous venons d'étudier toute une série de cas où la sensation paresthésique a pour point de départ le pharynx, une autre série où le pharynx reçoit l'image paresthésique d'origine purement mentale ; il nous faut réserver une place pour des troubles paresthésiques, dont le point de départ vrai est une irritation plus ou moins lointaine qui, par la voie du grand sympathique, éveille une sensation pharyngée, par ricochet, si l'on peut dire. Nous voyons des dyspeptiques qui ont une affection légère de l'estomac et dont les douleurs gastriques sont exaltées par l'état nerveux ; nous en voyons d'autres qui ont de la dyspepsie due à l'irritation réflexe du grand sympathique consécutive à la maladie d'un organe plus ou moins éloigné : foie, rein, etc. Ces organes malades, en tiraillant sur la chaîne sympathique, entraînent son réveil lointain.

La sensibilité malade du pharynx, les sollicitations paresthésiques qui en partent peuvent être commandées par l'irritation du grand sympathique, due à l'affection d'un organe plus ou moins éloigné : foie, estomac, utérus, etc.

Nous insisterons au chapitre étiologie sur l'influence des déplacements du rein pour la formation des psychoses.

Il semble bien démontré qu'il y a dans certains cas des excitations propagées de plexus à plexus, et que ces excitations propagées peuvent entraîner les mêmes troubles que des excitations directes ou rapprochées.

Nous voyons dans les affections utérines les malades présenter une toux quinteuse qu'ils attribuent à une sensation de corps étranger dans le pharynx. Cette impression ne répond à rien objectivement ; elle est due à des sensations subjectives, consécutives à des modifications vaso-motrices dont l'irritation du grand sympathique est l'origine.

RÔLE DE L'ATTENTION. — Ainsi des sensations, normalement peu douloureuses ou inconscientes, peuvent, par suite des conditions pathologiques de la sensibilité chez les nerveux, sortir du néant et s'élever jusqu'à la conscience.

L'attention peut retenir ou non ces appels sensoriels : il n'y a trouble parsthésique que lorsqu'elle les retient et s'y attache.

Pour être un parsthésique du pharynx, il ne suffit pas, en effet, d'avoir une sensation à point de départ pharyngé, il faut savoir qu'on a cette sensation, il faut qu'elle envahisse tyranniquement la conscience et s'y fixe.

Le dyspeptique n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir et de se plaindre. *Pour être un parsthésique du pharynx, il faut aussi souffrir et se plaindre.*

Les parsthésies peuvent donc être comparées à l'idée fixe ; elles sont en quelque sorte une maladie de l'attention.

« Fixer son attention, dit Ribot, c'est laisser un certain état durer et prédominer ; cette prédominance, d'abord inoffensive, s'accroît par les effets mêmes qu'elle produit. Un centre d'attraction s'est établi qui, peu à peu, acquiert le monopole de la conscience. »

A force de fixer son attention sur ses sensations pharyngées, le malade finit par ne plus pouvoir l'en distraire, l'idée fixe est créée, il ne peut plus la chasser ; l'attention malade aboutit à l'idée obsédante.

On peut, en effet, considérer avec Baillarger que les obsessions et les idées délirantes, qui en sont les modalités extrêmes, ont pour source l'exercice involontaire des facultés, un trouble de l'attention, de ce que Ribot appelle la volonté intellectuelle.

Le rôle de l'attention est de fixer l'esprit sur des objets déterminés et de lutter ainsi contre l'envahissement de la conscience par des pensées *involontaires, qui se manifestent dès que l'attention faiblit.*

Le pouvoir fixateur de l'attention est très affaibli chez les nerveux, comme leur volonté ; ce sont des abouliques de l'attention. Quand une fois ils ont fixé leur attention sur les sensations de leur pharynx, ils ne savent plus la tendre vers les réalités présentes et restent figés dans leur contemplation malade. Ces sensations une fois imposées à la conscience, la volonté est insuffisante à les chasser, l'obsession est constituée.

Il faut donc, pour créer une paresthésie, non seulement un trouble sensoriel, mais surtout un *état mental particulier*.

Dans l'obsession, et nos paresthésiques sont des obsédés, dans l'obsession, comme disent Janet et Raymond, « il ne faut pas renverser les termes, et dire que c'est l'obsession qui explique l'état mental du sujet, tandis que c'est au contraire cet état mental du sujet qui explique l'obsession ».

Pour créer l'obsession paresthésique, l'état mental particulier est nécessaire, il est aussi suffisant.

RÔLE DE L'OBSSESSION : a. *Obsession psychique*. — Chez certains paresthésiques, un élément nouveau vient compliquer et compléter le syndrome ; cet élément est la crainte que cette sensation erronée ne soit la manifestation d'une maladie grave : c'est l'anxiété, la *phobie*, en un mot.

Aux phénomènes intellectuels et sensitifs que nous venons d'étudier, s'ajoute chez ces malades un *élément psychique émotionnel*.

L'état de leur système nerveux fait que des sensations, indifférentes chez un sujet sain, s'imposent à leur attention, ou que des sensations, qui normalement sommeillent dans l'inconscient, s'éveillent à leur conscience ; ces sensations rencontrent un terrain psychologiquement préparé, le terrain anxieux ; la paresthésie est alors constituée avec son syndrome complet : algie obsédante ou phobie.

« L'obsession, dit Pitres, est un symptôme caractérisé par l'apparition *involontaire* et *anxieuse*, dans la conscience, de pensées parasites qui tendent à s'imposer au moi, évoluent à côté de lui, malgré sès efforts pour les repousser, en créant ainsi une variété de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement de la personnalité. »

L'obsession est un état pathologique foncièrement émotif ; on peut lui reconnaître deux types, deux formes, selon que l'anxiété qui en fait la base essentielle se manifeste sous la forme d'une crainte ou d'une idée.

Quand la manifestation de l'anxiété est une idée, c'est l'obsession idéative, la rumination mentale, la manie du scrupule, qui peut aller jusqu'au délire des persécutions.

Si l'anxiété se manifeste sous forme d'une émotion, c'est la *terreur malade ou phobie*.

La phobie peut être diffuse, non systématisée, c'est la panophobie, l'état de vague inquiétude, de crainte; l'émotivité type des nerveux. Sur ce terrain si bien préparé, les troubles de la sensibilité, les illusions, les hallucinations sensorielles feront naître une phobie systématisée.

La phobie peut être au contraire d'emblée systématisée et s'exercer sur un seul objet.

La phobie est souvent la crainte d'une maladie, et c'est le cas qui nous intéresse le plus souvent chez nos paréthésiques. La phobie peut être aussi la crainte d'une fonction, d'un acte, et nous retrouvons cette phobie fonctionnelle chez nos clients, qui, égarés par des sensations erronées, ont peur d'avaler, peur de parler, comme d'autres ont peur d'avoir un cancer, une mauvaise maladie.

Le plus souvent la phobie est accidentelle et survient à propos d'un fait, d'une sensation, d'une cause déterminante, c'est le cas de nos malades.

D'habitude voici comment les choses se passent, dit Régis :

« Chez des individus prédisposés par un état spécial du système nerveux, soit héréditaire, soit acquis, intoxication, infection; préparés en plus par des fatigues et du surmenage, survient tout à coup un choc moral violent, la mort d'un ami, un accident grave tel que : chute de voiture, morsure d'un animal, contact avec un malade atteint d'une maladie grave ou repoussante, un récit émouvant d'un sinistre, en un mot tout ce qui peut produire un ébranlement émotif intense; la phobie s'installe. »

Chez les hystériques, le fait causal, souvent, n'est pas réel, il se produit dans un rêve dont le sujet peut n'avoir gardé aucunement le souvenir.

Dans la phobie systématisée, lors des paroxysmes anxieux, les sensations premières, causes de la phobie, se reproduisent avec une intensité qui les reconstituent intégralement.

Un malade croit qu'il a un os dans la gorge : quand il est repris de cette idée et des craintes qu'elle lui inspire, il ressent des douleurs aussi violentes que le jour même où il a

réellement dégluti un corps dur qui a traumatisé sa gorge au passage.

Nos phobiques ont ainsi vu leurs craintes succéder soit à une angine avec quelques points blancs, soit au passage d'une arête, soit au récit d'une affection de la gorge chez un parent ou un ami.

b. *Obsession motrice*. — Les sensations diverses étudiées jusqu'ici éveillent un véritable *automatisme psychique*, idéatif ou émotionnel.

Or ces mêmes illusions, ces mêmes hallucinations pharyngées, peuvent faire entrer en jeu l'*automatisme moteur* et créer des impulsions, des obsessions *motrices* qui sont les *tics*.

Les tics peuvent être surajoutés aux paresthésies pharyngées ; ils peuvent aussi être l'unique manifestation du trouble paresthésique.

Définissons plus exactement le tic, et donnons-lui sa place dans la série des phénomènes qui naissent sur le terrain nerveux.

Le principe même de la loi de l'action nerveuse est la tendance au réflexe : une sollicitation périphérique centripète, une réponse motrice centrifuge, après passage par la moelle, voilà le réflexe élémentaire, le *réflexe automatique spinal*. Ce réflexe emprunte les voies les plus courtes, sans passer dans les centres supérieurs.

Si l'on s'élève dans la vie animale, l'on voit paraître d'autres attributs qui coordonnent ce réflexe direct, qui transforment, comme le dit Régis, cette force fatale et aveugle en un processus conscient et réfléchi ; cet attribut est la *volition* ou *volonté intelligente*.

« L'équilibre réside dans une sorte de tonus volontaire, dans la régulation par le moi de l'instinctive réflexivité.

« L'impulsion est la tendance au réflexe ; cette tendance est de nature physiologique et reste telle tant que par sa subordination au moi ou, si l'on veut, aux centres corticaux, persiste intact le tonus volontaire ; mais, dès que l'équilibre est rompu en sa faveur, l'impulsion devient pathologique, elle devient un tic » [Régis (1)],

(1) RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, 1906.

Pour Foville, le tic est une véritable convulsion, qui ne diffère de la convulsion ordinaire que parce qu'elle consiste en mouvements combinés, associés, en vue d'un résultat déterminé étranger à la vie du malade.

Les tics que nous rencontrons chez nos malades, reniflements, bruits pharyngés divers, crachotements, raclements, toux, présentent les caractères de ces impulsions malades. Ces impulsions sont, comme le veut Morselli, *endogènes et dérivées de motifs exclusivement internes* ; en l'espèce : sensations, illusions et hallucinations sensorielles.

Ces impulsions sont fortes, impérieuses, d'où leur immision violente et subite dans la voie de la décharge motrice. Elles sont aberrantes, c'est-à-dire qu'elles contrastent avec le caractère de l'individu et avec les exigences de la vie sociale en commun. Ne voyons-nous pas, en effet, des malades d'une éducation parfaite se livrer à toutes les plus grandes incongruités de toux, d'éruptions, etc., poussés par la tyrannie d'un tic auquel ils ne savent pas résister.

Les tics sont le plus souvent conscients, mais involontaires. Les malades savent leur tic, ils n'ignorent pas le mouvement, le bruit qu'ils font ; mais la force *inhibitrice* nécessaire pour enrayer cette impulsion leur manque ; le mot des patients est caractéristique, c'est toujours le lamentable : « je sais bien, mais je ne peux m'en empêcher. » C'est toujours, à la base, cette même faiblesse de la volonté et de l'attention que nous avons signalée chez tous ces malades.

Il y a cependant des degrés dans la conscience que les malades ont de l'impulsion motrice.

Dans certains cas extrêmes, l'acte suit fatalement la sollicitation, sans aucune action inhibitrice intermédiaire.

Dans d'autres cas, au contraire, entre la stimulation et l'acte qui n'est pas immédiat, mais fatal cependant, s'interpose un intermédiaire idéo-émotif, sans action sérieuse inhibitrice. La conscience assiste au réflexe, elle en est avertie, mais ne peut s'y opposer ; ce sont les impulsions psychomotrices de Morselli.

Enfin, dans une troisième catégorie de cas, l'acte n'est ni immédiat ni fatal, et la volonté inhibitrice est parfois victorieuse.

Les tics les plus fréquents sont ceux de la seconde catégorie.

Nous avons insisté sur cette classification, non seulement en raison de son intérêt spéculatif, mais aussi parce qu'elle a une réelle importance, pour établir un pronostic et un traitement : celui-ci aura d'autant plus de chances de réussir que l'action inhibitrice de la volonté sera mieux conservée.

RÔLE DU TERRAIN : 1° *Chez les nerveux.* — Ne fait pas de paresthésie qui veut, et il est certain qu'une lésion infime qui, chez nos malades, donne lieu à des troubles accusés, passerait tout à fait indifférente à la conscience d'un vigoureux tâcheron.

Il faut pour la formation de ces troubles un terrain spécial, le terrain nerveux.

Piqué, dans une très intéressante observation, nous fait toucher du doigt cette influence du terrain à propos d'une épidémie d'appendicite dans une garnison. « En 1899, deux officiers ont été atteints d'appendicite, l'un a guéri, l'autre est mort de péritonite généralisée ; ces deux cas produisent une vive émotion dans le milieu militaire de cette garnison.

« Dans le mois qui a suivi cette mort du deuxième malade, neuf officiers sur vingt-cinq sont venus consulter confidentiellement le médecin-major, chacun croyant être seul à lui rendre visite. Tous les neuf éprouvent de la douleur dans la fosse iliaque droite ; sept d'entre eux n'avaient aucune douleur à la palpation et ont été rassurés par un seul examen, grâce à l'action suggestive intelligente du confrère.

« Un lieutenant prétendait souffrir à la palpation du point de Mac Burney ; il a été quelques jours à se laisser tranquiliser. Mais le plus atteint a été le chef de bataillon, qui s'est couché, est resté au lit cinq jours se croyant malade, souffrant spontanément et à la pression sans qu'il y ait d'ailleurs aucun autre signe ; pas de fièvre, pas de défense musculaire.

« Un professeur, appartenant à une faculté voisine, fut appelé en consultation, et admettant une obsession pure et simple, proposa un traitement purement psychique, consistant

en pointes de feu. La guérison a été instantanée et se maintient depuis quatre ans. »

Voilà un fait tout à fait typique : c'est la même semence, la même suggestion ; selon le terrain, nous récoltons une crainte vague, une anxiété avec sensations paresthésiques et, dans le dernier cas, une belle phobie confirmée.

Il s'agit là de viscéralgie appendiculaire ; mais le fait est immédiatement applicable aux troubles identiques du pharynx qui nous intéressent particulièrement.

Les paresthésies se développent donc sur un terrain nerveux tout particulier.

Ce qu'il y a à la base, à l'origine de ces troubles, c'est « cet état assez vague d'affaiblissement des fonctions vitales et surtout des fonctions nerveuses centrales correspondant à un état anatomique et physiologique encore totalement inconnu dans son essence que l'on a désigné sous bien des noms, mais qui est surtout connu sous celui de neurasthénie » (Raymond et Janet, *Obsession et psychasthénie*). La caractéristique de cet état est la diminution de la tension psychologique, la faiblesse, et, dans les cas graves, l'impuissance de la volonté et de la raison, ou, pour employer le langage des psychologues, de la volition et de l'attention.

Ces sont là les qualités nobles de l'esprit, les plus élevées, celles qui demandent le plus haut degré de tension psychologique.

Ces troubles de la volition sont ceux que Raymond et Janet appellent encore la diminution de la fonction du réel.

Ils résument en ce mot l'ensemble des fonctions psychologiques qui jouent le principal rôle dans l'adaptation de l'individu à la réalité donnée et présente ; l'attention, la croyance à ce qui existe actuellement, les sentiments agréables ou pénibles en rapport avec cette réalité.

Les opérations psychologiques sont d'autant plus aisées et réclament d'autant moins d'énergie nerveuses qu'elles sont plus éloignées de la réalité. Chez les insuffisants nerveux, nous trouvons très développées les facultés imaginatives et la mémoire ; ce sont souvent de brillants causeurs, des littérateurs estimables, des artistes ; ce qui est troublé profondément, c'est la fonction du réel.

Ces malades sont incapables de fixer leur attention sur ce qui existe au moment présent ; ils sont impuissants à percevoir les faits actuels avec la notion exacte de leur réalité présente ; ils ont une diminution de la tension psychologique.

Nous ferions volontiers une comparaison de ces malades avec les vieillards, qui, eux aussi, ont une diminution de la tension psychologique. Ils perdent le sens exact du réel, la notion des faits actuels, que leur cerveau débile ne saurait concevoir, et conservent, au contraire, la mémoire très exacte des événements anciens enregistrés dans des cellules plus jeunes et plus résistantes.

Les malades dont nous nous occupons sont des débiles aussi, qui ne peuvent avoir une tension psychologique suffisante pour prendre un contact exact avec le réel, avec le présent.

Au début, cet état mental n'a rien de caractéristique : il se retrouve à la période initiale de beaucoup de névroses et de psychoses, c'est l'abaissement de la tension nerveuse qui donne naissance à la neurasthénie vulgaire avec troubles viscéraux, état vague d'inquiétude non systématisée et d'aboulie. Nos paresthésies bénignes se rencontrent chez ces malades.

Tandis que certains sujets restent indifférents à cet état, d'autres s'en inquiètent, ils sentent cette déchéance mentale même légère. Cette constatation les humilie, ils en éprouvent une impression d'inquiétude, de diminution pénible ; c'est ce que les professeurs Raymond et Janet appellent le sentiment d'incomplétude, dont ils font le point de départ des formes plus accusées, les obsessions.

Nous pouvons remarquer que le sentiment d'inquiétude est déjà la promesse, l'esquisse des phobies ; le sentiment de faiblesse et d'incapacité est bien voisin des idées obsédantes de dépréciation et de honte de soi.

Ces idées obsédantes se rapprochent des idées délirantes qui envahissent toute la conscience. Ainsi se trouve constituée toute une chaîne pathologique qui va de la neurasthénie simple avec engourdissement des facultés psychiques jus-

qu'aux délires systématisés avec leur effondrement temporaire ou définitif. Janet et Raymond proposent pour ces états le terme général de *psychasthénie*.

Tel est l'état mental de nos phobiques.

Nous avons dit que nous trouvions souvent des tics associés aux phénomènes paresthésiques; les auteurs plus haut cités invoquent, pour expliquer les tics, le mécanisme psychologique de la dérivation.

Quand une force primitivement destinée à être dépensée pour la production d'un certain phénomène reste inutilisée, parce que le phénomène est devenu impossible, il se produit des dérivations : c'est-à-dire que cette force se dépense en produisant d'autres phénomènes non prévus et inutiles.

Chez nos malades, l'incapacité où est le sujet de parvenir aux phénomènes psychologiques supérieurs s'accompagne bientôt d'une sorte de *dérivation*, qui dépense sous forme de phénomènes inférieurs la force inutilement accumulée.

Les plus simples parmi ces phénomènes de dérivation sont les mouvements excessifs, peu coordonnés et inutiles, que l'on observe dans les crises d'agitation, dans la colère qui est un phénomène d'ordre inférieur, d'aboulie. Que ces mouvements excessifs peu coordonnés se systématisent, et nous avons les tics.

L'aboulie, qui est la caractéristique psychologique de ces malades, ne leur permet pas d'enrayer une habitude bonne ou mauvaise; le pouvoir d'inhibition est une fonction de haute tension psychologique. Aussi comprenons-nous que les tics subsistent longtemps après que l'émotion ou la sensation qui leur a donné naissance est disparue.

Faible tension psychologique avec ses conséquences; diminution de la fonction du réel et aboulie, voilà la caractéristique essentielle au point de vue psychologique de nos nerveux paresthésiques.

En résumé, le groupe de nos nerveux paraît comprendre plusieurs types :

1° Le neurasthénique simple avec diminution de la valeur physique et psychique, le déprimé ;

2° Celui chez qui viennent s'ajouter des agitations diffuses,

motrices et émotionnelles, celui qui a des crises d'agitation et d'angoisse;

3° Celui dont les agitations se systématisent de façon que les mêmes événements entraînent les mêmes émotions, les mêmes mouvements, le même travail mental; ce sont nos tics et nos phobies.

Si, au lieu d'une classification d'après le degré, nous voulions donner une classification d'après la forme, nous pourrions proposer trois types :

1° Dérivations motrices, agitations diffuses ou tics systématisés, c'est le type le plus bénin;

2° Agitations émotionnelles, angoisses diffuses ou systématisées; algies, phobies, hypochondrie;

3° Agitations intellectuelles; l'angoisse n'est plus viscérale, mais intellectuelle: rêveries tourmentées, ruminations mentales, scrupuleux obsédés; ce type confine à la folie.

2° *Chez les hystériques.* — Nous venons de passer en revue la formation des paresthésies laryngées, depuis le degré le plus faible jusqu'aux formes délirantes, chez les simples nerveux émotifs, les neurasthéniques, les psychasthéniques; pour être complet, il nous faut décrire un autre terrain, très différent au point de vue mental, sur lequel fleurissent aussi ces sensations malades; ce terrain est l'hystérie.

Pour un médecin averti, le mécanisme mental du trouble nerveux est une caractéristique suffisante de l'hystérie.

Möbius avait déjà dit en 1882: « On peut désigner, sous le nom d'hystérie, toutes les modifications corporelles provoquées par des représentations mentales. » La suggestibilité est son caractère essentiel.

Le pouvoir de l'idée suggérée s'étend au delà du domaine de la volonté, jusqu'aux fonctions organiques inconscientes, qui paraissent échapper à une action psychique directe. La crainte de la grossesse ou son désir peuvent maintenir pendant des mois un tympanisme trompeur. L'idée d'un trouble de la déglutition donnera lieu à une parésie psychique de la musculature du pharynx; la crainte d'une gêne respiratoire

entraînera une crise de suffocation avec adduction des cordes vocales.

Un émotif, un neurasthénique raconte qu'il étouffe : vous regardez son larynx, vous le trouvez largement ouvert ; l'organe reste indifférent à la phobie. Un hystérique vous fait la même affirmation, les cordes sont accolées sur la ligne médiane ; il réalise par la suggestion son idée malade.

Le neurasthénique est un malade imaginaire, l'hystérique est un malade par l'imagination, l'imagination créant chez lui les apparences de la maladie.

Nous citons, dans nos observations, un paralytique général qui voulait se faire opérer, prétendant avoir une tumeur dans l'arrière-nez et accusant de continuels besoins de cracher du pus ; il passait sa vie à racler son pharynx sans résultat ; son idée délirante était sans influence sur ses glandes salivaires ; un hystérique dans un cas semblable eût fait de la sialorrhée ; il eût objectivé son erreur morbide.

L'idéoplasticité de l'organisme, comme le dit Bernheim, est le propre de la mentalité hystérique. Chez l'hystérique, les sensations paresthésiques entraînent une conviction ferme, avec participation d'un élément émotif très net, mais beaucoup moindre que l'anxiété des neurasthéniques.

Le neurasthénique n'a souvent de ses maux qu'une moitié de conviction, mais il tient à cette conviction, et il est souvent très difficile de la lui faire quitter.

La conviction de l'hystérique est en apparence complète, mais en réalité assez superficielle ; il se laisse facilement persuader, il subit très facilement une suggestion étrangère ; il a un avis, mais il en change à l'encontre de l'hypocondriaque.

Il y a à la base de l'hystérie un dédoublement de la personnalité : la personne seconde prend ses rêves pour des vérités, mais il est le plus souvent facile de rappeler la personne entière, qui reprend le sens des réalités.

L'hystérique est un distrait, un dormeur. Il est le plus facile à guérir des grands nerveux : il suffit pour cela de le rappeler aux réalités, car il n'en a pas perdu le sens, il l'a seulement oublié.

Tandis qu'avec le neurasthénique et l'hypocondriaque il faut raisonner longtemps, pour échouer souvent, avec l'hystérique, il suffit presque toujours de vouloir pour réveiller le dormeur et rappeler la vraie personnalité qui est tout près.

Le trépied de l'hystérie, disent Bérillon et Magnin, est : l'inattention, l'idée fixe et l'hypersuggestibilité.

Le neurasthénique a pour caractéristique le surmenage et l'anxiété.

Les malades facilement suggérables sont le plus souvent des hystériques. Souvent l'hystérie et la neurasthénie coexistent : beaucoup de nos malades sont des neurasthéniques par le surmenage et l'affaiblissement physique et psychique, et des hystériques par le mécanisme mental et la facile suggestibilité, ce sont des hystéro-neurasthéniques.

(à suivre.)

BACTÉRIOLOGIE, ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DE L'OZÈNE (1).

Par **Fernand PEREZ** (Buenos-Ayres).

MESSIEURS,

Je m'efforce, depuis bientôt dix ans, d'éclaircir cette question si obscure, si discutée, de l'étiologie de l'ozène. Mais je me suis aperçu, au cours de mon dernier voyage, en Angleterre, en Belgique, en Hollande, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, et aussi en France, que, malgré ces efforts, pour beaucoup de nos confrères, cette maladie est toujours la *bouteille à encre*. Il ne suffit donc pas d'écrire, je ne dirai pas pour convaincre, mais seulement pour indiquer la bonne voie et détruire des théories sans fondement. Il faut faire plus. Il faut venir montrer les preuves expérimentales d'assertions publiées et défendues à l'aide de gravures. Eh bien, Messieurs, ces preuves expérimentales et ce microbe, je les ai rapportés de Buenos-Ayres, et je puis vous les soumettre aujourd'hui, grâce à votre bienveillance et à votre indulgence. Aussi je suis particulièrement heureux de vous adresser mes sincères remerciements d'avoir bien voulu m'accueillir auprès de vous.

Faut-il s'étonner, Messieurs, si la notion de la contagiosité de l'ozène n'a pas fait son chemin? Nullement. Rappelez-vous ce qui s'est passé pour la tuberculose. Pendant combien de temps a-t-on passé à côté de la contagion tuberculeuse sans l'apercevoir! Pour l'ozène, nous en sommes aujourd'hui presque comme pour la tuberculose, au temps de Villemin. Mais j'espère bien que nous rattraperons vite le temps perdu, que bientôt la contagiosité de l'ozène deviendra une notion courante

(1) Communication à la Société parisienne de laryngologie, janvier 1908.

et que nous en parlerons comme d'un véritable mal social (je ne crains pas de prononcer ces mots). Pour moi, qui recherche la contagion ozéneuse systématiquement et minutieusement dans mon service et dans ma clientèle, cette répugnante maladie apparaît, en effet, comme un véritable mal social. Il ne tue pas, c'est vrai, mais il provoque, dans beaucoup de foyers, bien des malheurs et bien des souffrances morales. Vous verrez, Messieurs, par la suite qu'il n'y a pas que des rapprochements historiques à établir entre l'ozène et la tuberculose. Il existe aussi entre ces deux maladies de grandes analogies au point de vue de la contagion.

Ces recherches dont j'ai l'honneur de vous entretenir furent entreprises au Laboratoire national de bactériologie de Buenos-Ayres, dirigé par M. Lignières, chef des travaux de l'École d'Alfort et délégué alors de l'Institut Pasteur de Paris.

Lignières, qui réside à Buenos-Ayres depuis 1898, fait réellement honneur à la science française. Il y a fait des découvertes très remarquables et d'une portée pratique immense. Entre autres, on lui doit la découverte de la vaccination tirée de la *tristeza* ou piroplasmose bovine. Il a créé le groupe des pasteurelloses animales. Je dois citer encore un travail très intéressant sur les tripanosomiasés américaine, africaine et asiatique. C'est grâce à ces conseils éclairés et à son dévouement que j'ai pu mener à bonne fin ces recherches si difficiles et si longues. Je puis vous assurer que le contrôle en a été extrêmement sévère.

Tout au début, je m'étais proposé d'étudier le microbe de Lœwenberg. Je parvins facilement à l'isoler; je dois dire aussi que très rapidement je puis établir l'identité de ce microbe, avec le pneumobacille de Friedländer. Désirant établir cette identité sur des preuves indiscutables et définitives, je pratiquai une série de recherches comparatives avec plusieurs Lœwenberg, pris dans ma clinique, et deux Friedländer provenant l'un de l'Institut Pasteur de Paris et l'autre d'un Institut de Krech. Je conclus de ces recherches comparatives qu'il était impossible de différencier par des caractères fixes invariables le pneumobacille de Friedländer et le microbe de Lœwenberg. Je fis aussi un grand nombre d'expériences pour

établir si l'inoculation de ces différents microorganismes était capable de produire une rhinite avec des caractères spéciaux. Toutes les tentatives furent suivies d'insuccès. Pas d'affinité spéciale pour la muqueuse pituitaire, le plus souvent pas de rhinite aiguë, pas de rhinite chronique, aucun résultat biologique en somme qui rappelât, même de loin, l'infection ozéneuse chez l'homme.

Le Læwenberg perdait ainsi tous les attributs de la spécificité. Ce n'est qu'un microbe banal, vulgaire, qui donne sûrement certains caractères physiques à la sécrétion ozéneuse, et c'est tout. Il n'est pas l'agent causal de la maladie, pas plus que le streptocoque n'est la cause de la scarlatine.

La flore bactérienne de l'ozène est extrêmement riche. Par la méthode des plaques, je parvins à isoler les espèces suivantes : la staphylocoque blanc et doré, le pseudo-diphthérique, le colibacille, le *Tetragenus*, du streptocoque, des levures, le pyocanique, le *Proteus*, le pneumocoque et finalement un cocco-bacille, qui attira de suite mon attention par sa fétidité et par les caractères de ses cultures ne répondant à aucun des microorganismes décrits. C'est ce microbe qui fait l'objet de la présente communication et que je considère comme l'agent spécifique de l'ozène. Je le nommai *Cocco-bacillus fetidus ozenæ*.

Ce microbe prend toutes les couleurs d'aniline. Il ne se colore pas par la méthode Gram.

Dans le mucus ozénique et sur les milieux de culture, il se présente sous la forme d'un petit cocco-bacille. Il ne présente pas des mouvements de translation. Il est aérobie ou anaérobie facultatif.

Il se développe bien à la température de l'étuve sur presque tous les milieux de culture. A 20°, il pousse lentement.

En bouillon peptone, au bout de vingt-quatre heures, il forme un dépôt assez abondant, filamenteux. Le liquide qui surnage reste trouble. Pas de voile à la surface. La réaction du milieu ne change pas. Par l'azotite de potasse et l'acide sulfurique, on dévoile la présence de l'indol.

Sur gélose, culture abondante, épaisse, luisante, à bords transparents. En plaques, on observe deux sortes de colonies, les

unes petites, opaques, se développant à l'abri de l'air; les autres superficielles, bien arrondies, d'abord transparentes, mais devenant rapidement blanchâtres et opaques.

Ce microbe ne liquéfie pas la gélatine, il pousse sur pomme de terre, ne coagule jamais le lait et constitue un ferment puissant de l'urée.

Toutes les cultures de ce cocco-bacille dégagent une fétidité prononcée, spéciale, caractéristique. Ce n'est pas l'odeur du coli, ni celle du pyocyanique, ni celle de la putréfaction. Comme la fétidité des punais, celle de notre microbe présente des variations d'intensité et de durée. L'intensité de l'odeur dépend aussi du milieu de culture; en bouillon-peptone et gélose, elle est assez forte; en bouillon pancréatique et en bouillon-sérum, elle est véritablement répugnante.

Comme vous le voyez, Messieurs, les caractères de ces cultures sont absolument spéciaux. Il s'agit bien d'un nouveau microbe qui se distingue par des réactions très tranchées de tous les microbes décrits. J'insiste sur ce point: n'a-t-on pas décrit le colibacille sous le nom de bactérie septique de la vessie, le *Proteus* sous le nom d'*Uro-bacillus liquefaciens septicus*, et le *Pneumo-bacillus* sous le nom de microbe de Læwenberg?

Si les caractères des cultures sont bien définis, l'inoculation fournira des données très remarquables, sur lesquelles j'appelle dès maintenant toute votre attention.

Un lapin inoculé dans la veine marginale de l'oreille avec un quart de centimètre cube de culture en bouillon-sérum meurt en vingt-quatre heures. Après l'inoculation, l'animal devient triste, il perd l'appétit, la température s'élève. En même temps apparaît à l'orifice des narines une sécrétion purulente, hémorragique, très abondante, qui finit par boucher les orifices des fosses nasales. L'animal se cyanose: la région du dos, du nez, devient œdémateuse.

A l'autopsie, il n'y a qu'une légère hyperémie de la rate. La lésion principale, je dirai presque unique, se montre au niveau des fosses nasales, où l'on trouve les restes d'une violente inflammation. La muqueuse est très hyperémiée et recouverte de mucosités dont la culture donne le microbe inoculé.

Le 30 novembre 1898, j'inocule un autre lapin avec un quart de centimètre cube de culture en bouillon-sérum. Il meurt le dixième jour. Voici son histoire clinique :

Après l'inoculation, la température monte rapidement ; l'animal est très triste, la respiration haletante. Le troisième jour de l'inoculation, il survient par les deux narines une sécrétion muco-purulente, épaisse, jaune verdâtre, tellement abondante qu'elle recouvre bientôt presque toute la poitrine de l'animal. La maigreur devient très grande.

A l'autopsie, la rate est énorme ; il y a une péricardite avec exsudat, de la congestion pulmonaire. La trachée est congestionnée, ecchymotique par place. Aux orifices des fosses nasales, on remarque une sécrétion extrêmement abondante, jaunâtre. La pituitaire est très congestionnée et recouverte de mucosités épaisses et filantes. Les cultures faites avec du mucus nasal donnent le microbe inoculé avec toutes ses réactions.

Le 9 février 1899, j'inocule six lapins dans la veine de l'oreille avec 2 centimètres cubes de culture en bouillon-sérum. Quatre firent la maladie aiguë et moururent en vingt-cinq heures ; un autre résiste pendant cinq jours, toujours avec sécrétion nasale. Un seul survécut, après avoir présenté les signes habituels de la maladie expérimentale ; six mois après l'inoculation, il présentait *une atrophie partielle des cornets antérieurs*.

Quatre autres lapins de quinze à vingt jours furent inoculés dans la veine de l'oreille avec un quart de centimètre cube de culture en bouillon-sérum. Après l'inoculation, ils présentèrent les symptômes de l'infection aiguë, tristesse, anorexie, 40,7. Cet état se calma petit à petit et fit place aux signes de la maladie chronique : jetage nasal d'abondance variable, éternuements fréquents, maigreur. L'appétit se maintenait cependant très bon ; les animaux dévoraient littéralement leur nourriture.

Tous ces lapins furent sacrifiés un an et quatre mois après l'inoculation. Les fosses nasales étaient striées de mucosités épaisses, filantes, où l'on retrouvait le microbe inoculé ; *les cornets antérieurs étaient en outre complètement atrophies*. Comme vous pourrez le constater, dans un cas, il fait à peine

une très légère saillie sur la paroi latérale de la fosse nasale.

L'expérimentation démontre donc que le *Cocco-bacillus fetidus ozenæ* à une action élective sur la muqueuse pituitaire, qu'il y produit non pas une rhinite banale, qui est souvent fonction de la virulence du microbe inoculé, mais une rhinite à allures spéciales, caractérisée par son intensité, sa durée, et par l'atrophie qui en est l'aboutissant. Cette atrophie siège invariablement sur le cornet antérieur, l'homologue du cornet inférieur de l'homme. Rhinite atrophique, voilà la caractéristique biologique de notre microorganisme dans la maladie expérimentale; rhinite atrophique, voilà ce que la clinique a toujours affirmé être la lésion anatomo-pathologique de la maladie naturelle chez l'homme. Cette atrophie des cornets n'est plus mystérieuse, comme le disait Grünwald; vous pourrez la reproduire à volonté par inoculation intraveineuse, ou par contagion directe de lapin à lapin. Vous les verrez sur ces pièces aux différents stades de son évolution, ainsi que cela s'observe dans la maladie humaine.

Sur 50 cas de rhinites diverses, le *Cocco-bacillus fetidus* n'existe que dans les cas d'ozène.

Nous étions donc amenés, par la bactériologie et par les résultats de l'expérimentation, à concevoir l'ozène comme une maladie microbienne et à affirmer que le *Cocco-bacillus fetidus* en était l'agent spécifique.

En même temps que les recherches de laboratoire nous fournissaient ces données si intéressantes sur l'étiologie de l'ozène, qu'elles nous apportaient des preuves si nettes et si précises de la nature infectieuse de la maladie, une enquête clinique minutieusement conduite apportait son contingent favorable aussi à la théorie parasitaire. Le laboratoire avait dit : l'ozène est une maladie infectieuse; la clinique va démontrer que l'ozène est une maladie contagieuse.

J'ai pu réunir un nombre considérable de cas où cette contagion apparaît très nettement. L'ozène se montre, après cette enquête clinique sur la contagion, comme une maladie familiale, surtout comme une maladie de l'enfance. Il ne s'agit pas ici de contagion facile, subtile, comme celle de la grippe ou de la scarlatine, ou de la coqueluche; il s'agit plutôt,

comme pour la tuberculose, de contagion difficile, qui exige des conditions spéciales pour se produire, tel que contact prolongé et intime réalisé seulement dans la vie de famille. C'est une contagion lourde, collante, contagion par des mucosités ou des crachats, contagion affectueuse transmise par les baisers, les caresses, par les mouchoirs passés de mains en mains entre frères et amis.

Dans mon dernier mémoire paru dans les *Annales*, j'ai consigné les résultats de cette enquête clinique sur la contagion ozéneuse. J'ai trouvé 93 cas de contagion humaine familiale et 35 cas de contagion humaine non familiale. En analysant ces observations, on voit que la maladie avait été transmise par :

La mère.....	47 fois.
Le père.....	9 —
Les frères.....	7 —
Les sœurs.....	27 —
Par la fille à la mère.....	4 —
La grand'mère.....	2 —

J'ai rencontré des familles avec :

2 ozéneuses.....	45 fois.
3 —.....	20 —
4 —.....	11 —
5 —.....	9 —
6 —.....	2 —
7 —.....	2 —
8 —.....	1 —
11 —.....	1 —

Cette enquête montre encore les différentes modalités cliniques de la maladie. En effet, chez des famille avec 3, 4, 5 et plus de cas d'ozène, vous ne trouverez pas toujours la maladie type avec atrophie totale et croûtes épaisses et verdâtres. Vous verrez dans ce foyer familial d'infection ozéneuse l'atrophie aux différentes périodes de son développement, la sécrétion plus ou moins épaisse et plus abondante, l'odeur plus ou moins prononcée ; vous observerez même le tableau clinique du coryza chronique, avec un cornet pâle, de volume presque normal, avec sécrétion filante, qui relie, par des tractus muqueux blanchâtres, la cloison et les cornets, coryza chro-

nique qui, vu isolément, ressemble à l'ozène, comme un embarras gastrique léger de douze à quinze jours de durée ressemble à une fièvre typhoïde ataxo-adyynamique ; comme une angine pultacée ressemble à une diphthérie maligne à teint plombé et conproconsulaire. C'est la notion de la contagion qui dévoilera ces cas frustes d'ozène. Quand vous examinerez un ozéneux, recherchez systématiquement le foyer d'où il procède. Vous le trouverez presque toujours, si vous y mettez de la patience et de la méthode. Il faut se résoudre à procéder ainsi pour en finir avec toutes ces théories mécaniques héréditaires ou nerveuses, qui encombrant confusément le chapitre de l'étiologie de l'ozène et donnent libre carrière à des essais thérapeutiques souvent dangereux, quelquefois même mortels.

La prothèse paraffinique du cornet inférieur a barré la route à la notion de la contagiosité ozéneuse, et je crois qu'il faudra encore plusieurs années pour calmer l'enthousiasme des paraffinistes et ramener les choses au point. L'ouvrage qui vient de paraître de Moure et Brindel ne parle pas du tout du danger de la contagion, de la transmission de la maladie. C'est là évidemment une lacune fort regrettable.

Ce microbe, dont je viens de vous entretenir, d'où vient-il ? Est-il spécial à l'espèce humaine, comme le sont le gonocoque et le *Treponema*, ou bien est-il aussi l'hôte d'autres espèces animales, comme le bacille Gersin ?

C'est ici qu'intervient une notion toute nouvelle en pathologie, l'origine canine de l'ozène.

Un jour, Lignières, qui poursuivait alors ses études sur les pasteurelloses animales, trouva le *Cocco-bacillus fatidus* dans un foyer pneumonique, chez un chien rendu malade par inoculation intraveineuse d'une culture de *Pasteurella* canine.

Cette constatation fut expliquée tout d'abord par une contamination accidentelle du laboratoire. Elle nous surprit cependant, quelque peu, étant données les précautions minutieuses prises dans la désinfection des cages et des différents objets de l'hôpital. Quelque temps après, Lignières retrouva de nouveaux microbes de l'ozène, dont je pus étudier tous les caractères ; mais, cette fois, chez un chien atteint

naturellement de pasteurellose canine et apporté le jour même de sa mort au laboratoire. Il fallait donc écarter toute idée de contamination accidentelle. Nous étions en présence d'un fait nouveau, très curieux, intéressant au plus haut point et qui imprimait une direction nouvelle à mes recherches.

Je commençai alors l'étude de la flore bactérienne du nez et de la salive de différentes espèces animales pour déterminer si l'existence de ce microbe était un fait spécial au chien ou bien commun à d'autres espèces animales. Ces examens ont été pratiqués chez les animaux suivants : lapins, chiens, chats, chevaux, ânes, porcs, singes, poules, dindes, canards, bœufs, moutons, poissons, crapauds.

J'ai pu isoler, au cours de ces nombreux examens, séries par cinq, une foule d'espèces microbiennes dont voici l'énumération.

Staphylocoques albus, aureus, citreus, streptocoque, *subtilis*, *Bacillus mesentericus, vulgatus, Bacillus megaterium*, un bacille type de la diphtérie, un *Coccus* ovoïde prenant le Gram, un *Coccus* lancéolé type pneumocoque, *Bacillus fluorescens liquefaciens* et non *liquefaciens*, colibacille, trois *Paracoli*, le *Proteus vulgaris*, *Bacillus prodigiosus*, une levure rose, un cocco-bacille que j'ai décrit sous le nom de Palermo, le Friedländer, des *Pasteurella*, un cocco-bacille non décrit chez le chien, un autre non décrit chez les poissons, finalement et *uniquement chez le chien*, le « *Cocco-bacillus fætidus ozenæ* ». Ce microbe est donc un hôte normal des voies aériennes de cet animal. Il pullule quand le chien est atteint de la maladie du jeune âge.

Cette notion de l'origine canine de l'ozène, basée sur des recherches de laboratoire, devait recevoir la confirmation de la clinique.

J'interrogeai donc les différents malades ozéneux pour déterminer aussi exactement que possible la voie de la contagion. Je prenai toutes les précautions pour éliminer tous les cas de contagion humaine familiale et non familiale. Pour cela, j'observai personnellement tous les parents qui voulaient bien se prêter à l'examen ; je demandai des renseignements

précis sur les domestiques, sur l'époque à laquelle la maladie avait débuté, sur l'époque à laquelle les malades avaient commencé à fréquenter l'école, sur les amis de pension. Et c'est après cette enquête négative que je me décidai à admettre la possibilité de la contagion canine.

Cette contagion canine intervient comme le démontre une statistique, dans la propagation de l'ozène, plus rarement que la contagion humaine. La cohabitation avec le chien constitue sinon l'exception, du moins un fait peu fréquent. J'ai pu réunir 35 cas de contagion canine probable. Parmi ces 35 cas, il y en a un qui offre toute la précision d'une expérience de laboratoire :

Le voici :

J'examine, un jour, à l'hôpital, une enfant âgée de 4 ans; elle était manifestement atteinte d'ozène. Pour des raisons spéciales, cette enfant n'avait vu depuis sa naissance que son père, sa mère et un petit chien qu'on lui donnait au lit pour l'amuser. J'examine le père et la mère; leurs fosses nasales étaient normales. Pas de frères, pas de domestiques, pas d'amis. Encore une fois, impossible d'énumérer un autre être vivant que ce petit chien. Il vous arrivera de constater un cas d'ozène aberrant dans une famille avec plusieurs enfants tous parfaitement sains. Mais, dans cette famille, il y avait un petit chien : de tous les enfants, l'ozéneux est le seul à jouer avec lui, à le caresser et à l'embrasser. Il le fait même coucher dans son lit; vous trouverez dans mon dernier mémoire, paru dans les *Annales*, plusieurs observations de contagion canine calquées sur cette dernière.

Messieurs, je ne veux pas abuser plus longtemps de votre bienveillance.

Parasitisme et contagion, tels sont les deux grands facteurs étiologiques de l'ozène qui permettent d'établir aujourd'hui sa prophylaxie et laissent entrevoir la possibilité de la guérir dans un avenir plus ou moins rapproché.

Nous savons que la contagion peut être d'origine canine et humaine; de là découlent les grandes indications primordiales :

1° Empêcher la cohabitation des chiens et des personnes, des enfants en particulier;

2° Éviter le contact intime et prolongé entre un ozéneux et des personnes saines;

3° Désinfection des mouchoirs et des différents objets de toilette ou de table des ozéneux;

4° Préférer l'usage des mouchoirs en papier qu'on doit brûler une fois usés.

Je termine en vous demandant de bien vouloir inscrire à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la Société française de laryngologie cette question : « La contagion de l'ozène ».

**POLYNÉVRITE
SENSITIVO-SENSORIELLE GRIPPALE (1).**

Par **E. ESCAT.**

Vouloir ajouter du nouveau à la symptomatologie de la grippe serait d'une naïveté sans précédent ; tel n'est pas notre but ; mais si tout, ou presque tout, a été observé en matière de grippe, il est loin d'être démontré que tout ait été classé comme il convient ; aussi les progrès de la pathologie oto-rhino-laryngée semblent-ils, au moins sur ce point, devoir bénéficier autant d'un classement plus méthodique des notions acquises et d'une adaptation plus harmonieuse de ces notions aux cadres classiques que de conquêtes nouvelles.

Pénétré de ce principe, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à reviser la symptomatologie de la grippe des voies respiratoires supérieures, dont la conception classique se différencie encore trop peu du tableau banal de la simple altération catarrhale non spécifique de ces régions.

Nous n'envisagerons, bien entendu, que la grippe oto-rhino-laryngée normale, laissant de côté les complications pyogéniques, otites et sinusites purulentes, angines et adénites phlegmoneuses, qui relèvent en général d'infections secondaires paragrippales.

Les localisations fréquemment isolées du catarrhe grippal aux fosses nasales, au pharynx, au larynx, à la trachée et aux voies tubo-tympaniques, ont, en effet, pour critérium commun un élément constant, la réaction névritique, qui va nous permettre de grouper sous un seul syndrome des manifestations symptomatiques variées, dont la dissociation masquait jusqu'ici l'étroite parenté.

(1) Travail reçu le 2 avril 1908.

Dans l'état actuel de la pathologie oto-rhino-laryngée, vraiment trop esclave, nul ne le contestera, des classifications topographiques qui l'obligent à séparer les maladies par des frontières régionales, quel lien étiologique permettrait de rapprocher une rhinite spasmodique d'une surdité de la perception, une épiglottite quinteuse d'une névralgie sus-orbitaire, une paresthésie pharyngée d'une anosmie? — Aucun, sinon le nervosisme ou, pour mieux dire, la neurasthénie, cliché invariablement invoqué pour expliquer l'inexplicable et tirer d'embarras le praticien à court de diagnostic étiologique.

Or, d'une étude synthétique de tous ces accidents, syndromes ou simples symptômes considérés comme expression symptomatique d'une polynévrite, se dégagent de précieux enseignements, susceptibles d'éclairer à la fois l'étiologie, le pronostic et le traitement de la plupart d'entre eux.

L'observation clinique démontre, en effet, qu'un grand nombre de manifestations symptomatiques non classées étiologiquement : anosmie, parosmie, rhinite spasmodique accidentelle, paresthésie pharyngée, épiglottite spasmodique, dysphonie parétique, otalgie, trachéalgie, labyrinthite aiguë, peuvent, isolées ou associées, trouver leur raison dans un substratum anatomique commun, la névrite, altération qui stigmatise précisément les manifestations catarrhales de la grippe.

L'existence des névrites grippales n'est plus à démontrer depuis les publications de Laveran, Leyden, Marie et Babinski (1), Grasset et Vaillard (2), Lépine (3), Mossé (4); mais, ce qui reste à mettre en relief, ce sont les rapports de ces névrites, d'une part, avec les réactions sensitivo-sensorielles qui accompagnent ces dernières ou qui leur survivent.

Strictement cantonné sur le terrain clinique, nous compren-

(1) MARIE et BABINSKI, Sur les polynévrites (*Congrès de neurologie*, Clermont-Ferrand, 1894).

(2) GRASSET et VAILLARD, *Congrès de médecine* (rapport), Bordeaux, 1895.

(3) LÉPINE, Observation in *Thèse* de BONNET, Lyon, 1893.

(4) MOSSÉ, Contribution à l'étude clinique des myélites infectieuses, myélite et polynévrite grippales (*Congrès de médecine*, Bordeaux, 1895).

drons, sous l'expression de *polynévrite grippale oto-rhino-laryngée*, la simple réaction symptomatique, autrement dit le syndrome qui permet d'affirmer l'atteinte toxi-infectieuse des rameaux sensitivo-sensoriels terminaux, sous-jacents aux muqueuses affectées par l'infection grippale.

Si les recherches anatomo-pathologiques faites sur les polynévrites grippales autorisent à rapporter les cas particulièrement graves à des lésions histologiques caractérisées consistant plus fréquemment en périnévrite et névrite interstitielle qu'en névrite parenchymateuse, il est permis aussi de supposer que, dans les cas bénins, le désordre peut se réduire à une simple imprégnation toxémique de l'élément nerveux périphérique terminal.

Notre diagnostic, semble-t-il, doit s'arrêter sagement à cette modeste hypothèse: celle d'une lésion anatomique constituée ne saurait être justifiée, à défaut de réaction de dégénérescence toujours difficile à rechercher, lorsqu'il s'agit d'un nerf sensoriel, qu'en présence de troubles passés à l'état chronique et réfractaire à toute thérapeutique.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA POLYNÉVRITE SENSITIVO-SENSORIELLE.

1° Tout porte à croire que l'altération névritique reste limitée aux terminaisons nerveuses et aux fins réseaux sous-épithéliaux et sous-muqueux qui baignent dans le foyer catarrhal et s'infectent par l'intermédiaire des gaines lymphatiques périneurales.

Plutôt terminale et ramusculaire que tronculaire, elle mériterait donc le nom de *micropolynévrite* ou encore de *polynévrite capillaire*.

La compression des troncs nerveux est des territoires sensitifs affectés est, en effet, rarement suivie de douleur.

Cette particularité expliquerait jusqu'à un certain point le peu d'intérêt attaché jusqu'ici à la dissociation clinique de la réaction névritique et de la réaction catarrhale.

Pareille dissociation serait évidemment bien peu intéressante et sans portée pratique, s'il s'agissait d'un processus catarrhal banal, sans caractère spécifique, car, dans ce cas, on

concevrait difficilement l'intégrité de terminaisons sensitives et de réseaux nerveux intriqués dans la trame d'une muqueuse enflammée, les altérations de ces éléments constituant, comme celle des éléments vasculaires, un corollaire inévitable et peut-être même essentiel de l'inflammation primitive et diffuse de la muqueuse.

L'évolution des lésions nerveuses périphériques et surtout leur régression, marchant parallèlement avec la lésion catarrhale, il serait oiseux de chercher à les dissocier, même cliniquement ; mais tel n'est pas le cas de la polynévrite grippale, comme nous allons le voir.

2° En effet, un second caractère de la polynévrite grippale, caractère essentiel au point de vue clinique, est *le manque de parallélisme entre son évolution et celle de la réaction catarrhale* ; c'est seulement au décours de cette dernière qu'elle se révèle en général ; l'altération catarrhale est parfois même complètement résolue quand elle atteint son apogée : on peut donc dire qu'elle progresse à mesure que régresse l'inflammation catarrhale.

Toutefois l'épilogue polynévritique succède sans transition à l'atteinte catarrhale, chevauchant même un peu sur son dernier stade, contrairement, par exemple, à la polynévrite diphthérique, qui est régulièrement séparée de la période angineuse par un entr'acte de quelques semaines.

3° Son troisième caractère est d'être avant tout *sensitivo-sensorielle* : elle frappe, en effet, presque exclusivement les nerfs sensitifs tels que le trijumeau et le laryngé supérieur, les nerfs sensoriels tels que l'olfactif, le glosso-pharyngien et le cochléaire.

Cette prédilection s'explique par la vulnérabilité spéciale de ces nerfs, dont les expansions terminales sous-épithéliales baignent comme des appareils absorbants dans le foyer d'infection catarrhale.

A ce sujet, il est intéressant de faire remarquer que les nerfs craniens les plus épargnés par l'infection grippale sont précisément ceux dont les expansions terminales sont les plus profondément situées et par suite les moins exposées, les nerfs dentaires, par exemple, dont les terminaisons sont cuirassées par la capsule dentaire.

A l'homologie morphogénique des papilles terminales du lingual avec les terminaisons nerveuses des nerfs dentaires, doit être rapportée, sans nul doute, l'intégrité dont semble bénéficier, au cours de l'infection grippale, cette branche de la cinquième paire.

La névrite rétro-bulbaire de l'optique est signalée dans les traités classiques au nombre des complications de la grippe ; notre incompetence en ophtalmologie ne nous permet pas de nous prononcer sur sa fréquence ; mais nous aimons à croire qu'un accident aussi sérieux est relativement rare, comparé à la banalité des névrites grippales de l'olfactif, du trijumeau et du laryngé supérieur ; la situation profonde de ce nerf doit, dans tous les cas, le protéger d'une infection par voie externe.

En raison d'une situation anatomique non moins privilégiée s'explique aussi la rareté ou le peu d'importance des névrites des nerfs moteurs secondaires aux lésions catarrhales.

Seuls les rameaux des muscles ary-aryténoïdien et thyro-aryténoïdien, les plus superficiels des muscles du larynx, semblent, conformément à la loi de William Stoke, payer leur tribut au processus polynévritique.

Quant aux troubles moteurs du pharynx et du voile par névrite grippale, ils nous ont toujours paru fort contestables.

Ces dissociations, qui s'harmonisent admirablement avec l'hypothèse d'une réaction élective de l'élément sensitivo-sensoriel sous l'infection grippale, viennent encore éclairer la pathogénie de ces polynévrites céphaliques, en démontrant leur origine catarrhale.

4° La réaction des nerfs sensitifs (trijumeau, laryngé supérieur, plexus sensitifs du pharynx) est plutôt *hyperesthésique* qu'hypoesthésique, ce qui cadre assez bien avec l'allure généralement bénigne du syndrome et semble prouver que le trouble doit se réduire, dans la majorité des cas, sinon à une hyperexcitabilité de nature toxémique, au moins à un minimum d'altération histologique plus susceptible d'exalter la fonction sensitive que de l'abolir.

5° La réaction des nerfs sensoriels (olfactif, cochléaire,

glosso-pharyngien) est plutôt *hypoesthésique*, ce qui tient peut-être à une sensibilité plus grande de ces nerfs.

6° Les troubles sensitivo-sensoriels ne sont pas seulement quantitatifs, les sensations sont perverses: l'hyperesthésie sensitive se complique généralement de *dysesthésie*, et l'hypoesthésie sensorielle de *paresthésie*.

7° Un dernier caractère clinique de la polynévrite sensitivo-sensorielle grippale est d'être généralement *bénigne et fugace*, à moins qu'elle n'évolue sur un terrain particulièrement névropathique; toutefois les névrites sensorielles sont généralement plus tenaces et plus sérieuses que les sensitives.

Enfin la névrite du nerf cochléaire est la seule vraiment grave, en raison, sans doute, de l'excessive fragilité de ce nerf, fragilité comparable à celle du nerf optique.

SYMPTOMATOLOGIE.

C'est généralement lorsque l'infection grippale entre dans la phase subaiguë, ou même lorsque les manifestations catarrhales sont complètement résolues, que les troubles sensitivo-sensoriels, séquelles de l'infection, conduisent le malade auprès de nous; le rôle du médecin général terminé, commence celui de l'oto-laryngologiste.

Le tableau clinique réalisé par la polynévrite grippale des voies respiratoires supérieures affecte des modalités variées, en rapport avec les branches nerveuses affectées.

Le syndrome est d'ailleurs plus souvent partiel que complet: partiel, il constitue un symptôme extrêmement banal, si banal qu'il a toujours été rapporté aux causes les plus diverses, et c'est là sans nul doute la raison pour laquelle les oto-laryngologistes se sont peu intéressés jusqu'ici à son étude.

Procédant analytiquement, nous étudierons successivement les diverses mononévrites observées; cette revision terminée, le syndrome polynévritique complet se trouvera décrit.

Cette méthode d'exposition sera ainsi conforme à celle qui nous a conduit à la conception synthétique de la polynévrite céphalique grippale.

Tenant essentiellement à ne point sortir du terrain clinique, nous aurons plutôt en vue la réaction symptomatique de la névrite que la névrite elle-même.

RÉACTION DE L'OLFACTIF. — **Anosmie.** — **Parosmie.** — Il est de notion classique qu'une anosmie rebelle complique fréquemment le coryza grippal, tandis qu'au cours d'un coryza catarrhal vulgaire on observe une anosmie ou même une simple hyposmie fugace, qui dure de un à trois jours et cesse dès que la fente olfactive, redevenue perméable, permet aux particules odorantes d'atteindre la tache olfactive ou tout au moins dès que la résolution des altérations superficielles de l'épithélium a rendu leur intégrité fonctionnelle aux poils olfactifs, sans aucun doute assez malmenés par le processus catarrhal; dans le coryza grippal, au contraire, on constate couramment une *anosmie* tenace survivant au rétablissement de la perméabilité nasale et à la réparation de l'épithélium.

A ce trouble s'ajoute d'ailleurs d'une façon presque constante, à condition toutefois de le rechercher, un signe caractéristique du trouble névritique, la *parosmie*, ou perversion du sens olfactif, stigmate incontestable sinon de la névrite capillaire proprement dite, au moins de l'altération des cellules de Schültze.

La parosmie est caractérisée par une perversion des sensations olfactives; ainsi le parfum de la violette donnera par exemple la sensation de l'oignon brûlé; toutes les sensations olfactives peuvent être perversies à un degré variable.

Dans quelques cas plus rares, on observe de l'*hyperosmie* ou exaltation du sens olfactif.

Comme on le voit, l'anosmie grippale a bien les caractères d'une anosmie par trouble nerveux, et non d'une anosmie par insuffisance respiratoire.

L'apparition de la parosmie et de l'hyperosmie, loin de précéder celle de l'anosmie, comme il serait naturel, est généralement tardive; mais cette inversion illogique de l'ordre d'apparition du trouble olfactif n'est qu'apparente.

L'anosmie initiale, précédant la parosmie et l'hyperosmie, est, en effet, d'ordre purement mécanique, comme celle du coryza vulgaire: l'imperméabilité de la fente olfactive, cause

unique de l'anosmie prémonitoire de la période catarrhale, rend impossible à cette période la manifestation de la parosmie et de l'hyposmie.

Les troubles olfactifs secondaires à la grippe peuvent se prolonger plusieurs semaines et, à la rigueur, plusieurs mois ; en général, ils finissent par disparaître ; ils ne conduisent qu'exceptionnellement à l'atrophie névritique et à l'anosmie incurable.

De toutes les localisations névritiques de la grippe des voies respiratoires supérieures, c'est assurément la plus connue, c'est peut-être aussi la plus fréquente.

RÉACTION DU TRIJUMEAU. — Névralgie sus-orbitaire. — Nous n'insisterons que sur la névrite des branches et des rameaux, qui intéressent particulièrement l'oto-laryngologiste et dont l'atteinte semble nettement liée à l'influence catarrhale.

C'est à une névrite du *nerf frontal externe*, le plus volumineux rameau terminal du nerf frontal de la branche ophtalmique, que doit être rapportée la névralgie sus-orbitaire si fréquente et si tenace, observée dans la grippe ; on a même cité des cas dans lesquels cette névralgie avait dégénéré en véritable tic de la face.

Cette localisation s'explique par cette particularité que le nerf frontal externe est le nerf sensitif de la muqueuse du sinus frontal, en même temps que celui des parois osseuses de ce sinus ; la compromission facile de ses filets sinusiens, à la faveur de l'infection grippale de la muqueuse du sinus frontal, explique bien sa vive réaction.

A cette localisation névritique se rapporte assurément l'antralgie frontale, qui a pu souvent faire penser à un empyème de ce sinus.

Rhinite spasmodique. — Par l'hyperexcitabilité névritique des branches nasales du trijumeau s'explique l'apparition fréquente, au décours de la grippe, d'un syndrome bien connu en rhinologie, la *rhinite spasmodique*.

Ce syndrome, en effet, que beaucoup s'obstinent encore à considérer comme une maladie, dont le sérum spécifique est actuellement l'objet de fort louables recherches, constitue

bien souvent dans sa forme apériodique une séquelle de la grippe.

L'accès se révèle avec sa trilogie symptomatique caractéristique : série ininterrompue d'éternuements, enchifrènement subit et intense, hydropnée abondante.

Ici, toutefois, les intermissions sont généralement moins franches que dans la rhinite spasmodique, névropathique, en raison de la résolution encore incomplète du coryza grippal protopathique.

Cette rhinite spasmodique névritiques se particularise encore par l'association constante de l'anosmie et de la parosmie décrites plus haut, par la *névralgie sus-orbitaire*, enfin quelquefois par la *névralgie jugale*, qu'explique la compromission des branches du nerf sous-orbitaire distribué à la muqueuse du sinus maxillaire.

Ces diverses associations névritiques contribuent à individualiser ce type de rhinite spasmodique et à en faire une *rhinite spasmodique douloureuse*.

Notons aussi que l'asthme ne s'observe pas aussi fréquemment que dans la rhinite-névrose, à moins qu'il ne s'agisse d'un sujet particulièrement prédisposé à ce dernier syndrome par un nervosisme exagéré ou par l'hérédité.

Elle se distingue enfin de la rhinite spasmodique des névropathes en ce qu'elle se réduit à un seul accès; comme la grippe qui l'a créée, elle est accidentelle. Aussi rentre-t-elle dans le groupe des rhinites spasmodiques apériodiques, dont elle constitue une variété étiologique; toutefois il n'est pas impossible qu'elle reparaisse à la faveur d'une nouvelle infection grippale; il est possible enfin que, sur un terrain névropathique, elle dégénère en rhinite névropathique.

Le diagnostic différentiel de cette forme avec la rhinite spasmodique névropathique est donc plein d'intérêt au seul point de vue du pronostic.

RÉACTION DES PLEXUS SENSITIFS DU PHARYNX. — Pharyngodynie. — Il est rationnel d'attribuer à des névrites ramusculaires ces points douloureux persistants de l'oro-pharynx accusés par tant de malades dans la convalescence d'une grippe qui a intéressé cette région.

Il s'agit là assurément d'une pharyngodynie névritique, car la résolution de l'angine ne permet plus de rapporter à l'altération de la muqueuse ce symptôme subjectif.

Cette pharyngodynie peut acquérir parfois une étonnante acuité : au cours d'épidémies grippales, j'ai maintes fois observé ce symptôme pénible, dont l'intensité progressait à mesure que déclinait l'angine ; je l'ai vu se prolonger avec toute son acuité pendant plusieurs semaines, obsédant le malade au point de lui faire croire que le mal empirait ou se compliquait.

Dysesthésie rétro-pharyngée. — Certaines sensations dysesthésiques, localisées au voile du palais ou à la cavité naso-pharyngée, donnant au malade l'illusion de mucosités dont l'examen rhinoscopique postérieur ne confirme pas la présence, s'observent aussi à la suite de la grippe rhino-pharyngée, et peuvent persister pendant plusieurs mois.

Tous ces troubles, pharyngodynie ou dysesthésie, ne peuvent être rapportés qu'à la névrite ramusculaire des plexus sensitifs du pharynx, formés par le pneumogastrique, le trijumeau et le glosso-pharyngien.

RÉACTION DU GLOSSO-PHARYNGIEN. — Agueusie. — Paragueusie. — Hyperagueusie. — Les troubles du sens gustatif ont été maintes fois relatés au décours de la grippe ; nous parlons, bien entendu, des troubles gustatifs proprement dits, bien distincts des troubles de l'olfaction et caractérisés par l'agueusie, la paragueusie et l'hyperagueusie.

Les diverses saveurs : sucrée ou amère, astringente ou veloutée, fade ou salée, acide ou alcaline, sont altérées, plus souvent perverses et diminuées qu'exaltées.

Ces troubles ne peuvent s'expliquer que par une névrite des ramuscules terminaux ou tout au moins des corpuscules gustatifs du glosso-pharyngien.

Pharyngo-paresthésie. — Mais ces troubles gustatifs ne sont pas les seuls qu'on puisse rapporter à la névrite du glosso-pharyngien.

A la neuvième paire a été encore dévolue une fonction importante, qui lui a valu le nom de *nerf nauséux* ; ce nerf, en effet, donne à la base de la langue une sensibilité spéci-

fique mise en activité par le contact des corps étrangers et dans les conditions physiologiques par le contact des corps alimentaires.

Une sensation favorable est immédiatement suivie du réflexe de déglutition, une sensation défavorable d'un réflexe inverse, le réflexe nauséeux.

C'est ainsi que les choses se passent normalement; mais il est facile de comprendre qu'une altération organique compromettant les terminaisons périphériques du glosso-pharyngien soit capable de pervertir la fonction normale de ce nerf et de créer une paresthésie spéciale, cause de sensations purement subjectives, presque hallucinatoires (sensation plus ou moins permanente de boule, de graine, de mie de pain, de cheveu, de membrane, de corps piquant arrêté dans la gorge, parfois aussi la sensation de *ténésme laryngé*).

Tous ces troubles ont été décrits comme caractéristiques d'une affection nerveuse, connue déjà depuis plusieurs années sous le nom de *paresthésie pharyngée*, ou de *névrose sensitive de la gorge*.

A côté de la *paresthésie pharyngée névrose* des neurasthéniques et des psychasthéniques, à côté de celle que l'on observe si fréquemment chez la femme, aux environs de la ménopause, il y a place par conséquent pour une *paresthésie pharyngée névritique*, séquelle de la grippe, espèce moins rebelle que la précédente, et justiciable d'un traitement tout différent.

RÉACTION DU LARYNGÉ SUPÉRIEUR. — *Épiglottite*. — Qui ne connaît cette toux quinteuse, presque coqueluchoïde et toujours si tenace, qui survit à la période aiguë d'une infection grippale des voies respiratoires supérieures, toux coïncidant le plus souvent avec une voix normale, ou redevenue normale, toux à peine expliquée par l'injection persistante de l'épiglotte, unique vestige de l'inflammation catarrhale résolue.

L'examen laryngoscopique, en effet, ne révèle point d'autre altération que la rougeur de l'épiglotte et des bandes ventriculaires; car, à cette période, les cordes vocales ont repris le plus souvent leur coloration normale.

L'affirmation d'*épiglottite* constitue-t-elle dans ce cas un diagnostic ?

A quelle cause attribuer cette toux quinteuse, si ce n'est à la réaction des rameaux sensitifs du laryngé supérieur, qui donne à la région préépiglottique, à l'épiglotte et au vestibule du larynx, une si exquise sensibilité ?

Cette névrite n'est-elle pas démontrée par les autres signes d'irritation du nerf laryngé supérieur, l'hyperesthésie, la dysesthésie et la névralgie du larynx.

L'*hyperesthésie* est telle que la simple application de l'abaisse-langue sur la région préépiglottique ou que la palpation de la région pré-laryngée suffisent pour réveiller l'accès de toux.

La *dysesthésie* se traduit par un sentiment très précis du siège du mal, localisé par le malade dans le haut de la région cervicale, et qui prend la forme d'un chatouillement, d'une piqure, ou d'une brûlure, point de départ fatal de l'accès de toux.

Dans quelques cas, le spasme glottique ou un véritable accès de stridulisme confinant à l'ictus laryngé peut compliquer le tableau clinique.

La *névralgie du larynx*, qui évoque trop souvent chez l'observateur l'idée de névrose, se révèle par une douleur vive, dès qu'on comprime avec le doigt un point de la région pré-laryngée, point bien précisé par Castex et qui répond au bord inférieur de l'os hyoïde, à égale distance de la ligne médiane et de la petite corne de cet os.

Les accès de toux se rapprochent parfois à tel point que les intermissions deviennent d'une excessive brièveté et que la toux presque continue jette le malade dans un véritable accablement.

Cet état fort pénible, en dépit de son apparente bénignité, peut se prolonger des semaines et des mois; c'est précisément cette marche subaiguë ou franchement chronique, et cette ténacité qui font tout l'intérêt de l'accident; car, lorsque sa durée ne dépasse pas celle de la période d'invasion d'une laryngite catarrhale aiguë, il ne mérite pas de fixer notre attention; il constitue, dans ce cas, un symptôme banal et

passager qui amène rarement le malade à nous consulter.

Sa persistance, en l'absence de toute autre lésion organique qu'un simple érythème de la muqueuse épiglottique et vestibulaire, autorise bien à rapporter ce trouble à une névrite du laryngé supérieur.

La vulnérabilité de ce nerf sous l'infection grippale de la muqueuse laryngée s'explique d'ailleurs très bien par l'existence des riches plexus nerveux fibrillaires sous-épithéliaux et épithéliaux, si bien connus depuis les travaux de Fusari, de Retzius et de Simanowski.

L'existence, démontrée par Davis, dans les zones d'épithélium pavimenteux de la muqueuse laryngée (face laryngée de l'épiglotte, replis ary-épiglottique, pointe et face interne des aryténoïdes), de bourgeons terminaux, analogues aux bourgeons gustatifs déjà décrits par Verson et par Krause, ne peut qu'augmenter cette susceptibilité réactionnelle.

D'autre part, on peut admettre la participation à la névrite dans des cas plus graves des rameaux de distribution du laryngé supérieur, qui émergent dans le laryngo-pharynx en un point où Ziemseen a déjà conseillé de porter les électrodes pour la galvanisation de ce nerf; en ce point, ces rameaux sont assez superficiels et assez rapprochés de la muqueuse du laryngo-pharynx pour subir une atteinte directe.

Ces cas d'hyperesthésie névritique du laryngé supérieur ne pouvaient échapper à l'observation des laryngologistes : ils ont été décrits par eux sous le nom peu compromettant d'*épiglottite* : c'est donc dans l'épiglottite accompagnée d'hyperesthésie et de dysesthésie décrite par Krishaber, Mackensie et Ruault (1), qu'il faudrait rechercher les premières observations de névrite grippale du laryngé supérieur.

RÉACTION DU LARYNGÉ INFÉRIEUR. — Dysphonie parétique de l'ary-aryténoïdien et du thyro-aryténoïdien. — N'étudiant ici que les troubles sensitivo-sensoriels dépendant directement de l'infection grippale des muqueuses, nous ne saurions aborder l'étude des névrites motrices, moins directement liées aux lésions locales, en raison de la situation plus pro-

(1) A. RUALT, *Maladies du larynx (Traité de médecine de Charcot et Bouchard)*.

tégée en général des terminaisons nerveuses intramusculaires.

Néanmoins, il nous serait bien difficile de ne pas rattacher à la polynévrite grippale oto-rhino-laryngée l'altération des rameaux moteurs des muscles ary-aryténoïdien et thyro-aryténoïdien, dépendance du nerf laryngé inférieur.

En raison de la situation superficielle des muscles auxquels ils se distribuent, ces rameaux nerveux peuvent, à la rigueur, être atteints directement par le processus infectieux; cette atteinte directe a d'ailleurs été démontrée pour la névrite diphtérique.

Les troubles fonctionnels qui en résultent, dysphonie ou aphonie, viennent donc s'ajouter aux troubles sensitivo-sensoriels; mais l'étude méthodique de ces névrites motrices secondaires à la grippe se présente bien difficile, car à l'insuffisance de constatations anatomo-pathologiques vien se joindre ici le manque de systématisation précise dans les symptômes paralytiques d'un des appareils moteurs les plus complexes, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique.

Trachéalgie. — La douleur contusive et la sensation de brûlure rétro-sternale, véritable *pyrosis trachéal*, qui accompagne la trachéite grippale souvent si rebelle, ne peut être rapportée qu'à une réaction névritique des plexus sensitifs de la trachée dépendant du laryngé supérieur et du pneumogastrique.

RÉACTION DES NERFS SENSITIFS DE L'OREILLE MOYENNE. —

Otalgie. — Lorsqu'au cours d'une grippe à localisation rhinopharyngée, en l'absence de troubles auditifs, d'épanchement intratympanique et de tout état congestif de la membrane, l'auriste observe des douleurs d'oreille il se croit en droit de rapporter ce symptôme à une simple otalgie réflexe à point de départ rhino-pharyngé.

Ce diagnostic est fort légitime lorsque la douleur d'oreille est intermittente ou fugace; mais, lorsque la douleur est continue, il ne nous paraît pas moins rationnel d'incriminer la réaction névritique de la branche de Jacobson, qui donne la sensibilité à la muqueuse de la caisse et qui fournit un

rameau important à la muqueuse tubaire, muqueuse invariablement intéressée par l'infection au cours des rhino-pharyngites grippales.

Dans la convalescence de la grippe, il n'est pas rare de voir persister pendant quelques jours, en l'absence de tout signe objectif d'otite moyenne, une otalgie profonde qui peut être interprétée dans le même sens.

RÉACTION DU NERF COCHLÉAIRE. — Surdité labyrinthique. — P. Bonnier a déjà admis depuis longtemps l'existence d'une labyrinthite grippale consistant surtout en une hyperémie et une intoxication labyrinthique plutôt qu'en une inflammation véritable (1).

D'autre part, dans un ouvrage tout récent (2), Lucoc cite la grippe au rang des maladies générales capables de créer une surdité progressive.

L'existence d'une lésion de la papille acoustique de nature grippale n'est donc point douteuse.

Néanmoins, il peut paraître un peu risqué de faire rentrer dans le groupe des névrites directement liées à l'infection catarrhale les localisations labyrinthiques de la grippe.

Le nerf acoustique ne jouit-il pas, en effet, d'une situation extrêmement abritée? La capsule osseuse du labyrinthe ne constitue-t-elle pas contre le voisinage compromettant d'une infection tubo-tympanique une cuirasse au moins aussi protectrice que le globe de l'œil pour le nerf optique que les dents pour les nerfs dentaires?

Il paraît donc au premier abord que le nerf acoustique, peu vulnérable par voie périphérique, ne puisse subir une atteinte toxi-infectieuse que par voie sanguine.

Cette conception pathogénique, assez conforme aux lois qui président aux localisations viscérales des infections générales, a certes une très grande valeur; nous pouvons l'admettre en principe; n'oublions pas toutefois que, si les toxines grippales sont susceptibles d'atteindre le nerf auditif par voie circulatoire, il est loin d'être démontré, comme en attestent

(1) P. BONNIER, *L'oreille*, vol. V, Pathologie, p. 473.

(2) LUCOC, *La surdité chronique progressive* (monographie, chez Springer, Berlin, 1907).

les recherches de Pfeiffer et les expériences de Mossé (1), que l'agent pathogène de l'infection soit susceptible de suivre le même chemin.

Mais, tout en reconnaissant la possibilité de ce processus pathogénique, il nous est bien permis de rapprocher des névrites d'origine catarrhale certaines labyrinthites grippales dont l'évolution clinique offre une grande similitude avec les diverses localisations névritiques décrites plus haut.

Une disposition anatomique de grande importance rend possible d'ailleurs la propagation directe des infections tubotympaniques au labyrinthe : Politzer, en effet, a depuis longtemps découvert et décrit des anastomoses vasculaires importantes qui mettent en relation intime à travers la paroi labyrinthique, surtout au niveau du promontoire, le réseau sanguin tympanique avec le réseau sanguin labyrinthique.

D'autre part, ne voyons-nous pas journellement, tout en nous défendant du trop facile abus de cette interprétation pathogénique, les inflammations tympaniques les plus bénignes compromettre le labyrinthe et venir compliquer de sclérose labyrinthique un simple catarrhe tubaire ou une otite adhésive.

Les faits cliniques se chargent d'ailleurs de plaider notre thèse ; il nous suffira d'en rapporter un seul choisi parmi les plus typiques pour en démontrer l'excessive banalité et permettre à l'auriste qui voudra bien jeter un coup d'œil rétrospectif sur sa pratique de reconnaître des névrites grippales de l'acoustique dans des observations de surdité labyrinthique à évolution rapide, simplement classées dans ses notes comme propagations vulgaires d'un catarrhe tubaire aigu ou subaigu.

Une jeune fille de 22 ans subit une atteinte grippale d'allure banale : fièvre, céphalalgie, courbature et coryza d'une extrême intensité rapidement suivi d'angine et de laryngo-trachéite ; les grosses bronches sont aussi envahies. Les symptômes de ces localisations catarrhales n'ont rien de spécial, si ce n'est un enchiênement nasal rebelle et une surdité assez prononcée.

(1) Mossé, Recherches expérimentales et cliniques sur l'influenza, pathogénie, traitement (*Acad. de méd.*, oct. 1894).

La malade reste alitée pendant trois jours, mais la lente résolution du catarrhe laryngo-trachéal l'oblige à garder la chambre pendant quinze jours, durant lesquels elle continue à être traitée par son médecin général.

Dès sa première sortie, elle vient me consulter uniquement pour les troubles persistants de l'audition : elle accuse une sensation d'obstruction cotonneuse et de plénitude dans les deux oreilles, mais surtout à gauche, car à droite l'audition reparait de temps en temps, soit quand la malade se mouche, soit spontanément.

Il persiste encore de l'anosmie et de la parosmie.

Les muqueuses nasale, pharyngée et laryngée présentent l'aspect d'un état catarrhal à son déclin.

La malade se plaint d'autophonie et de quelques bourdonnements (sifflements aigus assez faibles mais continus, à gauche seulement). Pas de vertige, ni spontané, ni provoqué. Pas de douleurs d'oreille actuellement, mais la malade affirme que, pendant les premiers huit jours, l'oreille gauche a été le siège d'une douleur contusive et profonde.

Le conduit est libre des deux côtés ; les deux membranes tympaniques sont déprimées sensiblement ; triangle lumineux effacé.

Du côté gauche, le manche du marteau et la membrane de Schrapnell sont un peu hyperémiés.

La montre au contact du pavillon n'est entendue d'aucun côté ; elle est toutefois un peu entendue à droite après l'épreuve de Valsava.

Elle est très bien entendue des deux côtés sur le front, la tempe et la mastoïde.

Paracousie de Weber prochaine et lointaine très accentuée, *mais sans latéralisation* ; Rinne (par technique classique) nettement négatif.

La douche d'air, pratiquée après cocaïnisation nasale, relève l'audition sensiblement des deux côtés : $OD = \frac{45}{100}$; $OG = \frac{6}{100}$.

Le diagnostic de catarrhe tubaire subaigu me paraissant incontestable, je porte sans hésitation un pronostic favorable.

Sous l'influence d'un traitement anodin : fumigations aromatiques, pommade nasale à l'aristol et douches d'air, l'état s'améliore rapidement ; néanmoins, un mois encore après l'examen, les bourdonnements de l'oreille gauche persistent plutôt accentués, et l'audition de ce côté ne dépasse pas 12 centimètres, alors qu'à droite elle s'est relevée jusqu'à 70 centimètres.

Le catarrhe nasal et naso-pharyngien est complètement résolu.

La fonction olfactive a reparu; il persiste pourtant un léger vestige de parosmie.

Trois séances de cathétérisme n'ayant donné aucun résultat, je soupçonne une compromission du labyrinthe, compromission dont j'ai immédiatement la certitude grâce à l'examen de la perception par voie crânienne; la montre, en effet, n'est plus entendue à gauche par cette voie, tandis qu'elle a conservé à droite toute son intégrité.

Le diapason vertex (400 V.) est nettement latéralisé à droite; l'épreuve de Rinne avec le même diapason reste négative; mais, avec un diapason aigu, elle est positive.

L'électro-diagnostic (électrode indifférente placée sur le bras) donne, avec un courant inférieur à 1 milliampère, les résultats suivants :

OD : réaction normale;

OG : réaction très vive : le bourdonnement augmente, au point de persister avec toute son intensité jusqu'à l'entrée de la nuit; à ce moment, il redevient faible, mais continu comme auparavant.

Il n'y avait donc aucun doute, le catarrhe tubaire grippal s'était compliqué à gauche d'altération de l'appareil de perception.

L'évolution ultérieure confirma d'ailleurs ces constatations : la malade ayant été suivie pendant longtemps, je pus constater au bout de dix-sept mois une cophose complète de l'oreille gauche, contre laquelle tout traitement, tant interne qu'externe, resta sans résultat.

L'électro-diagnostic pratiqué à ce moment donna les résultats suivants :

OD : réaction normale;

OG : pas de réaction avec un courant de 4 milliampère au maximum; avec un courant plus intense, toujours pas de réaction du nerf cochléaire, mais réaction normale du nerf vestibulaire.

Ajoutons, ce qui augmentera la signification de cette observation, que la malade, de son avis et de l'avis de son entourage, avait une ouïe très fine avant sa grippe, qu'elle n'a aucun antécédent arthritique, ni personnel, ni familial, enfin qu'aucun cas d'otosclérose n'a été signalé chez ses ascendants.

Nous pourrions citer sept autres cas absolument identiques; mais nous sommes certain que tout auriste en a observé de semblables.

A quelle cause attribuer cette surdité de la perception, sinon à une lésion de la papille cochléaire secondaire à l'infection catarrhale des cavités tubo-tympaniques ?

Admettre une névrite périphérique grippale de l'expansion cochléaire du nerf auditif, n'est-ce pas expliquer ces envahissements rapides du labyrinthe à la suite d'un catarrhe tubaire aigu ou subaigu d'allure bénigne ?

Jusqu'ici, on expliquait cet envahissement de l'appareil de Corti par une susceptibilité spéciale de cet organe créée par l'arthritisme.

L'interprétation était commode ; mais la doctrine qui consiste à voir dans les maladies aiguës de simples manifestations des diathèses commence à être quelque peu surannée.

Sans prétendre à nier le rôle de la constitution et du tempérament dans les réactions morbides, n'est-il pas plus logique et plus conforme à l'analyse serrée des faits cliniques de voir plutôt dans les diathèses une résultante éloignée, acquise ou héréditaire, des infections ou des intoxications ?

Mais la névrite du nerf cochléaire admise, reste à expliquer l'immunité dont paraît bénéficier dans l'infection grippale, au moins d'après nos observations, le nerf vestibulaire.

Nous ne saurions, en effet, attribuer à une localisation névritique le vertige prémonitoire et toujours transitoire observé parfois dans le début de la grippe comme dans la période d'invasion de tant d'autres pyrexies.

Cette dissociation de la réaction ampullaire et de la réaction cochléaire peut s'expliquer par une différence de vulnérabilité à l'avantage du nerf de l'espace.

Cette différence a déjà été invoquée par Witmaack (1) pour expliquer l'absence ou le peu d'importance des troubles vertigineux dans un grand nombre de labyrinthites à marche lente.

La différence de constitution des deux nerfs, mise en relief par Erlitzky et par Bonnier (fibres grosses et entremêlées de fibres de Remak dans le tronc vestibulaire, fibres exclusivement fines dans le tronc cochléaire), légitime assez bien cette interprétation.

(1) WITMAACK, Vertige et troubles de l'équilibre dans les labyrinthites non suppurées (*Arch. of Otolog.*, 6 août 1907).

Néanmoins nos observations ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre d'exclure catégoriquement le nerf vestibulaire de la polynévrite grippale.

Dans deux observations de polynévrite aiguë céphalique dues à Frankl Hochwart et à Hegener, et relatées par Schœnborn (1), fut observé le syndrome de Ménière complet concurremment avec une paralysie du facial et une paralysie de l'abducens; mais rien ne nous autorise à rapporter ces accidents à une infection grippale.

La paralysie complète de l'acoustique dans ces deux cas a encore présenté comme particularité une excessive bénignité; elle a guéri en effet complètement; toutefois, et ce détail vient à l'appui de ce que nous disions plus haut, les troubles vestibulaires furent beaucoup plus bénins et plus fugaces que les troubles cochléaires.

Si ces observations pouvaient être classées dans les polynévrites céphaliques grippales, elles démontreraient que le pronostic de la névrite grippale de l'acoustique n'est pas toujours aussi sombre qu'il l'a été dans nos observations; il est bien possible que les cas graves aient seuls attiré notre attention et que les cas bénins nous aient complètement échappé; un examen plus minutieux de la perception cranienne, dans les cas les plus avérés et les plus bénins de catarrhe tubaire grippal, pourra seul nous éclairer sur ce point.

CONCLUSIONS.

Tels sont les éléments symptomatiques que l'observation et l'analyse clinique nous ont conduit à grouper en un syndrome : la *polynévrite sensitivo-sensorielle grippale*, syndrome rarement intégral, mais dont les types incomplets sont d'une fréquence insoupçonnée.

Ainsi pourront être interprétés, homologués et classés, grâce à un substratum étiologique commun, la névrite grippale, une foule de symptômes isolés, sans relation clinique

(1) SCHÖNBORN, Sur la participation des nerfs acoustiques dans la polynévrite céphalique aiguë (*Munch. med. Wochenschr.*, n° 20, 1907); analysé dans les *Annales des maladies de l'oreille*, mars 1908.

évidente, pris jusqu'ici pour des maladies différentes et dont la dispersion dans la nosographie oto-rhino-laryngée faisait tout le mystère.

Sur ce terrain éclate une fois de plus la valeur des enseignements que l'oto-rhino-laryngologie peut tirer de son unité et de l'adaptation à son domaine spécial des principes fondamentaux de la clinique générale.

Considérations thérapeutiques. — Pour donner une portée pratique à notre étude, il nous reste à formuler quelques conclusions thérapeutiques.

Le traitement de la polynévrite sensitivo-sensorielle grippale doit être étiologique et symptomatique.

La thérapeutique étiologique ne peut que s'inspirer des médications générales proposées contre l'infection grippale. Aborder ce sujet serait sortir du cadre que nous nous sommes imposé; qu'il nous soit seulement permis de dire que, si le cacodylate de gaïacol, administré à la dose de 0^{gr},05 sous forme d'injection hypodermique, constitue, comme le pense Burlureau (1), un spécifique de l'infection grippale, capable d'agir, *même dans la convalescence*, ainsi qu'il résulterait des observations de Bucquoy (2), cette médication doit être tentée contre la polynévrite grippale.

En ce qui concerne l'emploi des sels de quinine très en honneur contre la grippe, nous croyons préférable, en présence des réactions hyperesthésiques, de recourir au bromhydrate et au valérienat.

Pour favoriser enfin l'élimination des toxines qui imprègnent les éléments nerveux, l'iodure de caféine paraît spécialement indiqué.

Mais, devant l'insuffisance du traitement étiologique, force sera de recourir au traitement symptomatique; ce traitement variera suivant les localisations névritiques et empruntera ses moyens aux diverses médications internes ou externes de la thérapeutique oto-laryngée.

Sur ce point encore, nous nous bornerons à quelques indications.

(1) BURLUREAU, *Soc. de thérapeutique*, janvier 1906.

(2) BUCQUOY, *Acad. de méd.*, 1908.

Les *névrites de l'olfactif* et des branches nasales du trijumeau seront traitées localement, comme les manifestations catarrhales pendant les périodes aiguë et subaiguë, par les pulvérisations endonasales de cacodylate de gaïacol.

A la phase chronique, devant une anosmie persistante et en l'absence toutefois de réaction spasmodique du trijumeau, on sera autorisé à pratiquer après cocaïnisation quelques badigeonnages de la fente olfactive avec de la glycérine iodoiodurée.

La *rhinite spasmodique névritique*, capable aussi bien que la rhinite spasmodique névrosique, de bénéficier pendant la phase aiguë ou subaiguë de la médication atropo-strychnée de Lermoyez, pourra, d'autre part, si elle passe à l'état chronique et s'accompagne d'hypertrophie permanente des cornets inférieurs, devenir justiciable du morcellement ou de la cautérisation galvano-caustique, traitement dont les indications dans la rhinite-névrose sont au contraire très restreintes.

La *paresthésie pharyngée névritique*, contrairement à la paresthésie pharyngée névropathique, qui ne relève que d'une médication nervine et sédative, pourra entrer en résolution sous l'influence de gargarisme et de badigeonnage iodoiodurés.

La cure thermique sulfurée-sodique ou sulfurée-calcique, rigoureusement contre-indiquée contre les paresthésies névropathiques, qui relèvent plutôt du Mont-Dore ou de La Malou, trouvera ici son indication.

Les cas de paresthésie pharyngée traités avec succès à Cauterets, à Luchon, à Challes, à Marlioz, doivent se rapporter sûrement à la forme névritique.

L'*hyperesthésie du laryngé supérieure*, en outre de la médication antispasmodique classique employée contre la toux, sera soulagée par :

1° La révulsion pré-laryngée (ventouse sèche répétée à l'aide d'un appareil de Bier, vésicatoire à l'iodure de méthyle, pointes de feu) ;

2° Les pulvérisations à la cocaïne ou à l'alypine ;

3° Les badigeonnages de l'épiglotte et du vestibule laryngien avec un collutoire mentho-phéno-cocaïné à $\frac{1}{10}$;

4° A la rigueur, en cas de toux trop opiniâtre, par l'injection de cocaïne à 1 p. 100 dans la région pré-laryngée, suivant la méthode de Frey ;

5° Enfin, par des séances de galvanisation de cinq minutes, méthode conseillée par E. Fraenkel, Gottstein et Luc, et exécutée suivant la méthode de Ziemssen, procédé qui consiste à appliquer l'électrode positive (électrode sédative) sur la partie antérieure du sinus piriforme, au voisinage du pli de la muqueuse, sous lequel chemine le nerf laryngé supérieur.

En cas d'échec, on pourra recourir aux courants de haute fréquence ou encore à la radium-thérapie.

La *trachéalgie* sera traitée par une révulsion énergique et par des injections intratrachéale de cacodylate de gaïacol en solution huileuse.

Contre la *névrite du nerf cochléaire*, nous ne pouvons recourir rationnellement qu'à la médication générale.

On s'adressera alternativement à l'iodure de caféine comme résolutif, au calomel comme dérivatif intestinal.

En raison aussi de l'action nocive de la quinine sur le nerf cochléaire, nous estimons qu'il serait prudent, dans tous les cas de grippe compliquée de troubles auditifs, d'administrer ce médicament avec réserve et de suspendre rigoureusement son administration dans les cas où l'examen de l'audition fait redouter une atteinte de la papille acoustique.

EXPLICATION ANATOMO-CLINIQUE DE LA MORT SUBITE
DANS LA LÉSION DU PNEUMOGASTRIQUE AVEC HÉMI-
PLÉGIE LARYNGÉE RÉCURRENTIELLE ET L'ANÉAN-
TISSEMENT DYNAMIQUE OU LA LÉSION ORGANIQUE
DU PHRÉNIQUE (1).

Par M. Jules GLOVER,

Médecin oto-rhino-laryngologiste du Conservatoire national de musique
et de déclamation de Paris et de l'hôpital de Levallois,
Lauréat de l'Académie des Sciences
de l'Académie de Médecine et de la Faculté.

Un malade atteint d'anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte avec compression du nerf récurrent gauche meurt subitement sans rupture du sac anévrysmal; un second malade, atteint de cancer du tiers supérieur de l'œsophage, avec compression du nerf récurrent gauche et un troisième malade présentant une compression des nerfs récurrents avec adénopathie tuberculeuse de la chaîne récurrentielle, meurent subitement sans autre raison apparente que celle de ces lésions relevées à l'autopsie.

Elles sont représentées en une planche chromo-lithographique (pl. XIX) de notre *Atlas de laryngologie et de rhinologie*.

Or, récemment, un malade de notre service, à l'hôpital de Levallois, atteint d'hémiplégie laryngée récurrentielle droite causée par une ectasie de la portion horizontale de la crosse aortique au niveau du tronc brachio-céphalique, meurt subitement aussi, sans aucun signe de rupture du sac anévrysmal et à l'occasion de troubles digestifs.

Dans ces quatre cas, sans aucun doute, existaient des altérations organiques des pneumogastriques. Dans les trois pre-

(1) Communiqué à la Société de laryngologie de Paris, 10 janvier 1908.

miers, l'examen histologique fit voir de la périnévrite, et, dans le cas de cancer œsophagien, de la névrite segmentaire périaxiale avec boules de myéline.

La physiologie pathologique de ces processus morbides semble pouvoir s'expliquer par l'anatomie même du phrénique et les anastomoses de ce nerf. Ensermé par le fascia thymique, par la plèvre et le péricarde, qui, lors de leur développement, refoulent le nerf diaphragmatique à l'endroit où ce nerf devait passer pour se rendre à la partie centrale du diaphragme (septimus transversaux) formée avant la portion dorsale, le nerf phrénique serait susceptible de s'étrangler, comme l'indiquent nos figures anatomo-pathologiques, à la suite d'un processus inflammatoire séreux, calcaire, néoplasique ou destructif quelconque de ces formations conjonctives.

En outre, les appendices séreux du péricarde, entre lesquels le nerf est forcé de chercher passage, seraient capables de l'étouffer dans les mêmes conditions pathologiques.

M. Lancereaux a fait connaître à l'Académie la possibilité de la mort subite dans les affections nerveuses de l'estomac, dans la dyspepsie nerveuse par paralysie respiratoire d'abord et syncope cardiaque ensuite. Et ces cas ne sont pas essentiellement différents des précédents ni d'autres encore. Le nœuf de la question, d'après M. Robinson (1), se trouve dans la grande chaîne d'anastomoses nervo-nerveuses qui enlace la cloison thoraco-abdominale et qui commande la vie et la mort de l'individu dans certaines conditions spéciales. Et le fait capital à retenir, c'est la production de la mort subite, par paralysie diaphragmatique, lorsque le pneumogastrique est lésé préalablement.

Enfin l'on sait, d'autre part, que l'intoxication par l'atropine chez les tuberculeux et le chloroforme en anesthésie générale peuvent amener la mort subite.

Quelle peut être, dans ces diverses circonstances, l'explication anatomo-clinique de la mort survenant subitement ?

Des anastomoses du nerf phrénique avec le sympathique, le vague et les nerfs intercostaux, ont lieu, au niveau même du

(1) ROBINSON, *Académie des sciences*, 9 décembre 1907.

diaphragme. Le phrénique s'épanouit en avant, en arrière et dans les parties latérales du muscle. Les nerfs intercostaux pénètrent dans les insertions costales et vertébrales du diaphragme et s'y rencontrent avec les rameaux du phrénique. Le vague, après avoir traversé le diaphragme et avoir donné ses rameaux viscéraux abdominaux (estomac et foie), fournit des rameaux au péritoine sous-diaphragmatique; puis, de là, il renvoie d'autres rameaux qui pénètrent également la portion centrale du grand muscle respiratoire et qui s'anastomosent avec les rameaux correspondants du phrénique.

Enfin les imprégnations argentifères et osmiques montrent même, chez les jeunes animaux, que des fibres de Remak, caractérisant les rameaux sympathiques, se rencontrent avec les rameaux du nerf diaphragmatique.

On conçoit donc que l'anéantissement dynamique (l'intoxication par l'atropine prescrite au cours de la tuberculose pulmonaire, le chloroforme dans l'anesthésie générale, etc.) ou la destruction organique du nerf phrénique retentissent sur le cœur, soit par le sympathique, soit par le vague.

Il est probable que la présence de cette double anastomose est nécessaire pour équilibrer les fluctuations éventuelles. Dans le cas où l'un de ces deux systèmes serait fortement ébranlé, le cœur en subirait toutes les suites et conséquences fatales.

Il est certain que, dans les cas étudiés ici, la mort arrive d'abord par l'arrêt respiratoire (nerf phrénique + nerfs intercostaux), ensuite par l'arrêt du cœur (nerf phrénique + pneumogastrique, et les rameaux cardiaques de ce dernier en particulier, ou bien : nerf phrénique + sympathique et ganglions cardiaques).

En tout cas, on peut envisager le schéma suivant des réflexes : point de départ \equiv phrénique : intermédiaire = 1^o vague (accélération, folie cardiaque); 2^o sympathique (ralentissement arrêt). Cette dernière hypothèse paraît plus plausible. Il est aussi évident qu'une lésion, qu'un fléchissement préalable de ces deux systèmes, du vague en particulier, favorisent énormément la marche rapide des réflexes phrénico-valgo-cardiaque.

Ainsi, dans les cas signalés au début de cette note, le nerf récurrent étant lésé, la compression du phrénique par le sac anévrysmal a rapidement amené la mort. Il serait intéressant de faire l'examen histologique du diaphragme et de ses nerfs dans les cas suspects (médico-légaux) et autres.

Et, en particulier dans les cas de mort subite par le chloroforme, il y aurait plus impérieusement lieu que jamais, en notre temps où le corps médical est en butte aux attaques les plus vives, au point de paralyser bientôt, si cela continue, l'initiative du médecin au détriment même des malades, d'exiger dans les rapports médico-légaux : l'établissement de tous les détails anatomiques. Car, à part les compressions et altérations nerveuses, dont il vient d'être ici question et auxquelles il faut savoir reconnaître l'importance qu'elles comportent, l'absence constante de *toute autre lésion* dans les cas de mort subite de cet ordre donne une importance spéciale aux faits anatomiques qui viennent d'être exposés.

NÉCROLOGIE

HOFRATH PROF. D^r L. SCHRÖTTER R. V. KRISTELLI

Le professeur Schrötter est décédé subitement à Vienne, le 22 avril 1908, quelques heures seulement après avoir prononcé le discours d'inauguration du I^{er} Congrès International de rhinolaryngologie.

Né à Graz, le 5 février 1837, Schrötter était fils du professeur de chimie, anobli par l'empereur à la suite de sa découverte du phosphore amorphe. A l'âge de 26 ans, Schrötter entre comme assistant à la clinique de chirurgie de Franz Schuh. Mais il le quitte peu après pour devenir assistant de Josef Skoda. Bientôt, il fut en état de succéder à son maître, qui, atteint de la goutte, dut lui céder la direction de la chaire.

Malgré le travail absorbant que lui donnaient ses fonctions, Schrötter trouva le temps de diriger ses études vers la science laryngologique, dans laquelle il s'instruisit seul. Il publie bientôt une série d'articles ayant trait à cette spécialité, puis invente des instruments nouveaux. En 1863, il fit sa première extirpation d'un polype du larynx, et en 1867 fut nommé privat-docent.

La première clinique de rhino-laryngologie du monde entier, fondée en 1870 par l'Université de Vienne, eut Schrötter pour directeur. Le début de cette clinique fut modeste: elle ne comportait que seize lits; mais c'est là que Schrötter inaugura un enseignement qui a contribué pour une grande part à augmenter la renommée de l'École de Vienne et à lui attirer chaque année un nombre plus important d'élèves et de malades.

La connaissance des langues que possédait Schrötter lui permit aussi de diriger la réunion internationale de médecins qui s'établit à ce moment. En 1881, il fut nommé chef de service, *Primar Arzt am Allgemeinen Krankenhaus* de Vienne, et, en 1883, professeur extra-ordinaire de rhinolaryngologie. A cette époque, Schrötter, s'adonnant presque entièrement à notre spécialité, en poursuivit le développement avec une ardeur infatigable. Il traite les sténoses du larynx par la méthode de dilatation mécanique, et pendant longtemps ce procédé lui amena, du monde entier, tous les cas de sténoses laryngées.

Nommé en 1890 professeur de pathologie interne à la troisième chaire fondée à l'Université de Vienne, Schrötter se consacra alors presque entièrement à la médecine générale et porta surtout toute son attention sur le traitement de la tuberculose. Il fonda en 1893 le sanatorium de Alland et découvrit un excellent facteur climatique dans la Riviera autrichienne.

L'ardeur qu'il déploya dans la lutte contre ce redoutable fléau lui a valu d'être nommé membre du Congrès international de la tuberculose.

Schrötter réunissait à une mémoire extraordinaire une connaissance approfondie de la littérature qui lui permit de jouer un rôle prépondérant comme médecin et comme spécialiste.

Parmi ses ouvrages les plus connus, nous citerons : *Jahresbericht*

über Klinik für Laryngoscopie an der Wiener Universität (1871); *Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen* (1876); *Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes der Lufttröhse, der Nase, der Rachens* (1887); *Beobachtungen über eine Bewegung der Trachea und der grossen Bronchienmittels des Kehlkopfsspiegels* (1872); *Fremde Körper im Schlunde und Kehlkopf* (1882); *Ueber das Cocainum muriaticum als Anæstheticum des Larynx* (1884); *Herzkrankheiten* dans le *Handbuch* de Ziemssen, etc., etc.

Comme homme privé, Schrötter, d'une très grande amabilité, s'intéressait à toutes les manifestations de l'esprit. Son zèle pour la science ne lui faisait pas dédaigner les arts ni les sports; et, tandis qu'il apportait une certaine prédilection à l'art musical, étant même membre du Conseil d'administration du Conservatoire de Vienne, l'équitation demeurait un de ses passe-temps favoris.

La mort l'a frappé brusquement, pour ainsi dire en pleine apothéose, au milieu d'une grande réunion de savants accourus de toutes les parties du monde pour fêter le jubilé de cette science laryngologique à laquelle Schrötter avait consacré une partie de sa vie.

La science perd en lui un de ses combattants les plus infatigables, luttant sans cesse pour la recherche d'une découverte pouvant enrichir le patrimoine de l'humanité. De tels hommes ne se remplacent pas facilement; mais, du moins, ils laissent à leurs survivants un bel exemple d'énergie, de sacrifice de soi-même, et leur souvenir, restant intimement lié à l'histoire de la science à laquelle ils se sont consacrés, est encore une sanction de leurs mérites et semble devoir toujours se dresser pour montrer la route à suivre, la voie du Bien.

LAUTMANN.

NOUVELLES

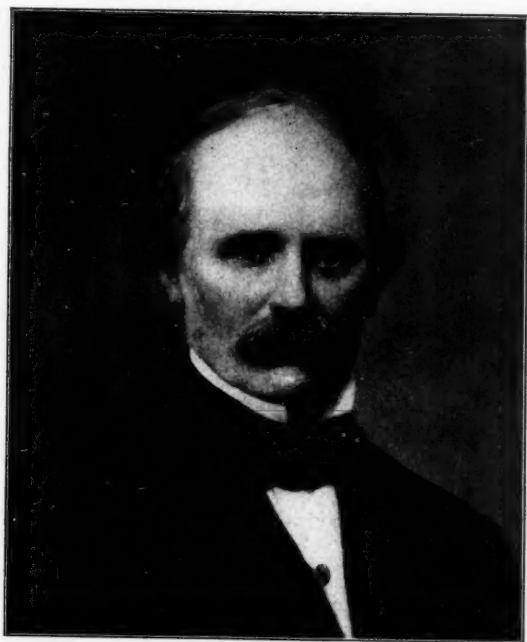
LE CINQUANTENAIRE DE LA LARYNGOLOGIE.

JUBILÉ DE TÜRCK-CZERMAK.

Vienne, 24-25 avril 1908.

En 1855, Manuel Garcia communiqua à la *Royal Society of London* sa découverte du laryngoscope. Quelle ville devait s'enorgueillir? Madrid, où naquit l'inventeur? Paris, où surgit l'invention? Londres, où elle prit corps et se fit connaître? Londres l'emporta brillamment; en 1905, grâce à l'entrain de Sir Felix Semon, elle donna une fête mémorable pour célébrer le « Cinquantenaire de la Laryngoscopie ».

Vienne en éprouva peut-être quelque surprise. A juste titre, elle se considérait comme la ville sainte du laryngoscope, et il pouvait lui sembler que les fêtes de Londres eussent fait franchir à la Manche tout au moins un rayon de son auréole. N'était-ce pas à Vienne, à la *K. K. Gesellschaft der Aerzte*, qu'avaient été faites, en 1858, les premières communications sur l'examen des larynx malades? N'était-ce donc pas ses médecins, les Türck, les Czermak, les Störk, les Schrötter qui avaient été les premiers pionniers de la science nouvelle? N'était-ce pas à son école si célèbre que tant de générations des spécialistes s'étaient formées? Et pouvait-on refuser que la série ininterrompue et con-



TÜRCK
1810-1868



sidérable des travaux émanés d'elle eût créé de toutes pièces la pathologie laryngée? Tout ce labeur, si gros de conséquences cliniques, n'équivalait-il pas à la simple découverte d'un miroir par un chanteur qui ne sut pas en faire profiter les médecins? De toutes ces réflexions naquit l'excellente et pieuse pensée de célébrer à Vienne, en 1908, le « Cinquantenaire de la Laryngologie ».

Cependant une difficulté se présentait. La laryngoscopie doit le jour à un seul père, Garcia, puisqu'il est, paraît-il, de mauvais ton de faire allusion à ses grands-parents, Babington et Beaumés. Moins heureuse, la laryngologie vit sa mise au monde réclamée par deux hommes, par Türk et par Czermak. Lequel devait-on glorifier? La dispute fut chaude à ce sujet, il y a quelque cinquante ans : il paraîtrait qu'elle continue aujourd'hui, car la recherche de la paternité est toujours admise en Autriche, et qu'il y a des Türkistes et des Czermakistes, Guelfes et Gibelins de la laryngologie, qui n'ont pas encore désarmé. La conciliation avait été proposée, dès 1860, par l'Académie des Sciences de Paris, qui avait partagé son prix Monthyon entre ces deux hommes ; c'était là, évidemment, la meilleure solution à laquelle on devait se rallier. Il fut donc décidé que le Cinquantenaire de la Laryngologie, en même temps qu'il glorifierait l'école de Vienne, réconcilierait définitivement nos deux ancêtres dans l'apothéose d'un jubilé commun.

..

Les fêtes de Londres comportaient une attraction sensationnelle, la présence de Garcia, lui-même, à son centenaire. Vienne ne pouvait lutter sur ce terrain. Türk était mort du typhus en 1868, âgé de cinquante-huit ans ; et Czermak, diabétique, avait disparu depuis 1873, à quarante-cinq ans. Il fallait donc amorcer autrement le Cinquantenaire de la Laryngologie. C'est alors que la *Wiener laryngologische Gesellschaft* proposa de constituer un *Congrès international de Laryngologie*, pour mieux commémorer cet anniversaire.

Le besoin s'en faisait considérablement sentir. Il est vrai que tous les trois ans se réunit un *Congrès international de Médecine* (Paris, 1900 ; Madrid, 1903 ; Lisbonne, 1906 ; Budapest, 1909), qui comporte deux sections distinctes, l'une d'otologie, l'autre de laryngologie, nourries de toutes les communications jugées dignes de franchir les frontières. Mais, ce n'est là qu'une goutte d'eau pour notre soif intarissable de publier, de rapporter, de discuter. Les otologistes insatiables ne s'étaient donc pas contentés de si peu de chose et avaient, de leur côté, institué un *Congrès international d'Otologie*, tout à fait autonome, lequel se réunit de temps en temps (Londres, 1899 ; Bordeaux, 1904). Célèrai-je qu'il existe un certain antagonisme latent entre ce Congrès indépendant et la Section otologique dépendante du grand Congrès de Médecine ? Les partisans du premier préfèrent boire dans leur verre, si petit soit-il ; les défenseurs de l'autre aiment mieux s'asseoir à une table plus grandiose, quitte à en occuper un des bouts.

Or la laryngologie, naturellement quelque peu jalouse de sa grande sœur l'otologie, s'attristait en pensant qu'elle n'avait, pour assouvir son appétit de congressiste, que quelques places écartées à la grande table des Congrès de médecine ; et elle se demandait pourquoi, elle aussi, ne mettrait pas son propre couvert. Déjà, il y a quelque vingt ans, Labus, à Milan, avait fait une tentative de réunion de ce genre,

qui n'avait cependant pas eu de lendemain. Alors les Viennois, et ce fut justice, se trouvèrent les mieux qualifiés du monde pour organiser un tel Congrès; et ils pensèrent qu'ils ne pouvaient lui donner une plus solide investiture que la coïncidence avec le cinquantième anniversaire de la naissance de la Laryngologie.

Donc, en même temps que nous avons glorifié Türk et Czermak, nous avons inauguré la série des Congrès internationaux de Laryngo-rhinologie, car Czermak a tant fait pour cette dernière que, provisoirement tout au moins, on ne peut pas, en matière de congrès, la séparer de la laryngologie. Et ainsi, de cette bonne et fertile terre viennoise où germa il y a cinquante ans la laryngologie, sort aujourd'hui un nouveau congrès, le 1^{er} Congrès international de Laryngologie et de Rhinologie. Nous n'avons plus rien à envier aux otologistes.

..

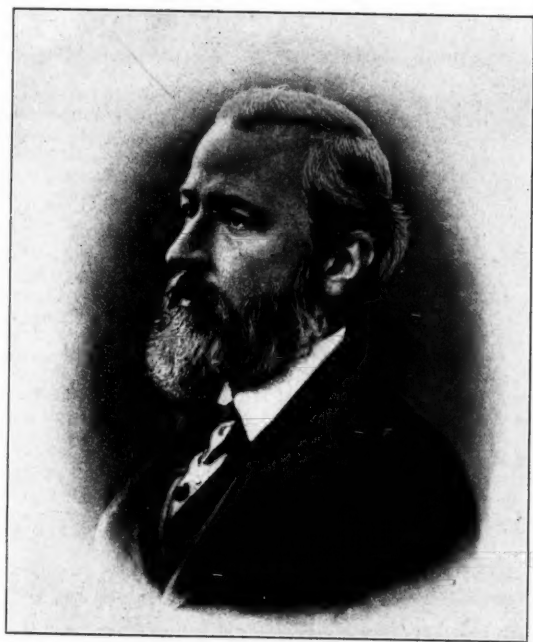
Le Hofrat Prof. Dr O. CHIARI, chef de la Clinique laryngo-rhinologique de l'Université de Vienne, était naturellement désigné pour présider à ce Congrès; et il s'acquitta de sa tâche avec un entrain, une bonhomie, une autorité qui devront servir de modèles aux présidents des congrès futurs de laryngologie. Il y était secondé par un secrétaire général, le Prof. Dr MICHAEL GROSSMANN, qui se montra aimable entre tous et sut toujours conserver le gant de velours qui doit couvrir la main de fer du secrétaire d'une collectivité.

Le Hofrat Prof. Dr LÉOPOLD SCHRÖTTER, Ritter von KRISTELLI, notre doyen, qui avait guidé les premiers pas de la très jeune laryngologie, ne pouvait présider statutairement à son émancipation, car, en sa qualité de professeur de clinique médicale, d'« interniste », il n'avait pas de qualité spéciale pour figurer parmi nous. Il se contenta donc d'être le patron du Congrès, son grand président d'honneur.

Le siège social du Congrès était établi dans l'hôtel de la *Gesellschaft der Aerzte*, 8, Frankengasse, près de l'Hôpital général, centre de toute gravitation médicale viennoise. Le lundi 20 avril, la veille de l'ouverture, les Congressistes y prirent contact au bureau du Congrès. On les y combla de présents et de décorations. Nous en sortîmes munis d'insignes, de médailles commémoratives, de portraits de Türk et de Czermak, pliant sous le poids des œuvres de Czermak, et des *Festschrift* que ne manquent pas de publier en de telles circonstances les grands journaux de langue allemande, encartés de quelques réclames qui s'y glissent par hasard. Ainsi, chargés de récompenses, comme au retour d'une distribution de prix bien dus à notre travail, nous regagnâmes en de modestes « einspännen » chacun sa chacunière, aurait dit Rabelais.

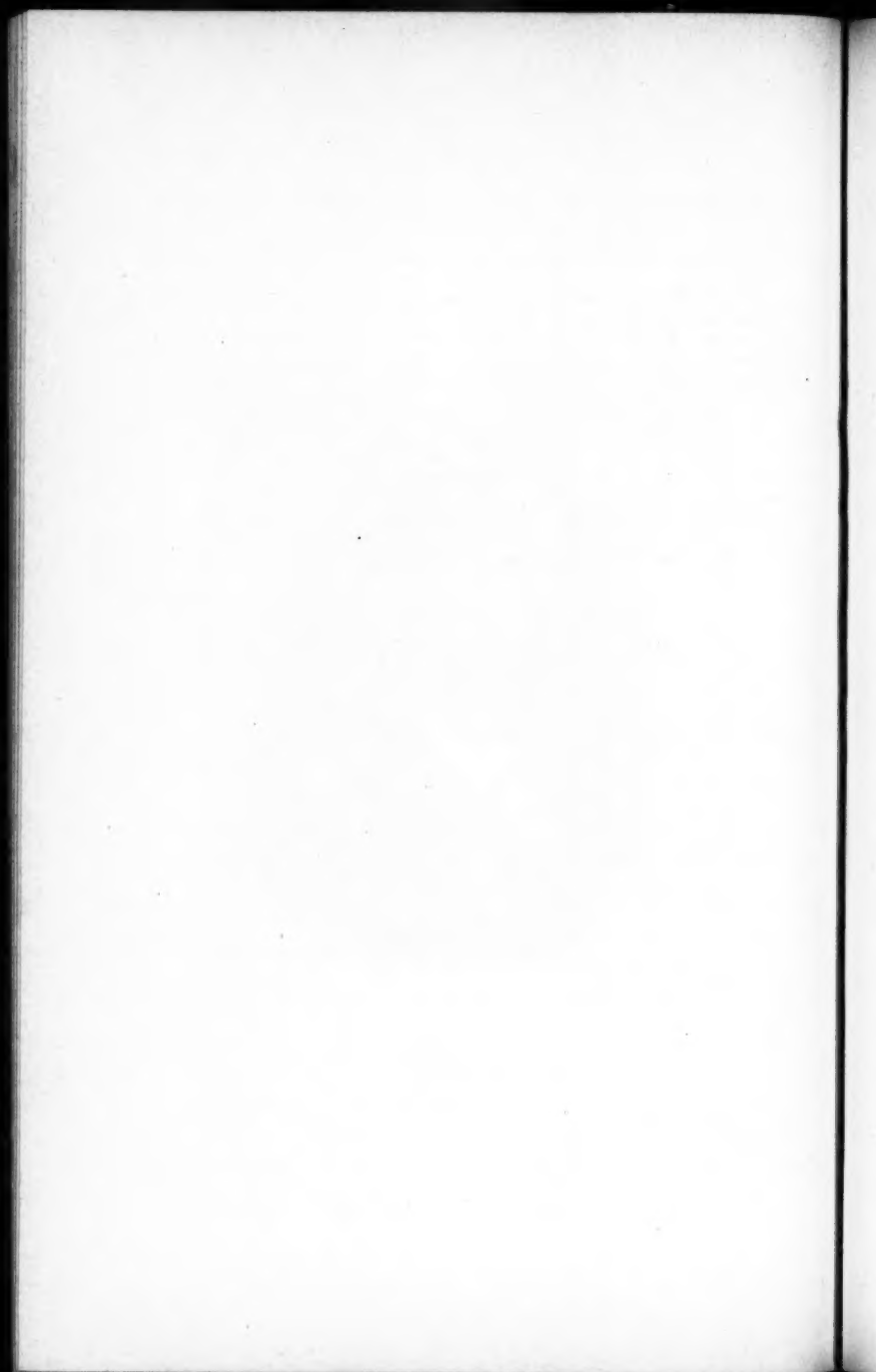
Le matin, à notre arrivée au Congrès, il nous était distribué un journal éphémère et quotidien, publié exceptionnellement par le Dr Adolf KRONFELD, relatant les événements de la veille et annonçant ceux du lendemain. Cette attention fut très goûtée des Congressistes, qui se trouvaient ainsi munis d'un guide sûr et dénués du besoin de harceler sans cesse les secrétaires de leurs demandes de renseignements.

Le bureau du Congrès avait invité 1700 laryngologistes, 193 universités, 28 gouvernements, 21 sociétés laryngologiques. Cette invitation fut acceptée par 467 médecins, dont 159 Austro-Hongrois et 288 étrangers, parmi lesquels 34 Français et 1 Algérien (*sic*). Cet Algérien, qui était tout simplement notre excellent confrère Aboulker, fournit à la statis-



CZERMAK

1828-1873



tique officielle la satisfaction d'attribuer un participant à l'Afrique, en la classant entre l'Asie, munie de deux représentants, et l'Océanie, qui s'inscrivait pour zéro. Pour les amateurs de chiffres, je dirai que, parmi les 433 congressistes européens, on comptait 159 Austro-Hongrois, 99 Allemands, 34 Français, 33 Anglais, 18 Espagnols, 17 Russes, 16 Italiens, 14 Belges, 13 Hollandais, 8 Suisses, etc. Remarquons surtout l'inscription de 31 Américains : ce gros coefficient s'explique par ce fait que les Américains du Nord sont des disciples fidèles et reconnaissants de l'École viennoise, laquelle se donne la peine de les instruire en faisant des cours en « anglais », idée qui paraîtrait d'origine lunaire, si on venait, en France, à la proposer à quelque centre d'enseignement officiel.

Dès la première séance, et suivant l'usage traditionnel des congrès, le bureau autrichien fut complété par la nomination des présidents d'honneur, qui furent : Allemagne, Fränkel ; Argentine, Escutary ; Belgique, Schiffers ; Danemark, Schmiegelow ; Espagne, Oloriz ; États-Unis, M^{me} Butler ; France, Lermoyez ; Grande-Bretagne, Semon ; Grèce, Dimitriades ; Hongrie, von Navratil ; Italie, Masséi ; Japon, Kanasugi ; Norvège, Uchermann ; Pays-Bas, Burger ; Roumanie, Costiniu ; Russie, Heryng ; Serbie, Schraga ; Suède, Holmgren ; Suisse, Mermod.

..

Le 1^{er} Congrès international de Laryngo-Rhinologie s'est donc ouvert le mardi 21 avril 1908. La séance du début fut empreinte d'une grande solennité, mais resta purement officielle et décorative. Elle eut lieu dans la salle des fêtes du Palais de l'Université.

L'inauguration en fut faite par le comte Erich Kielmansegg, Statthalter de la Basse-Autriche, remplaçant le haut protecteur du Congrès, S. A. I. l'Archiduc François-Ferdinand. A celui-ci répondit le président effectif, le professeur Chiari. D'abord, ensuite à la tribune, brefs et polyglottes, pour lire des adresses de leurs universités respectives, les délégués officiels : Fränkel (Allemagne), Escutary (Argentine), Schiffers (Belgique), Gurguineff (Bulgarie), Schmiegelow (Danemark), Oloriz (Espagne), M^{me} Butler (États-Unis), Moure (France), Semon (Grande-Bretagne), Masséi (Italie), Kanasugi (Japon), Uchermann (Norvège), Ter Maten (Pays-Bas), Costiniu (Roumanie), Lomikowsky (Russie), Stefanovic (Serbie), Lagerlof (Suède), Mermod (Suisse), Thost (Hambourg). Et la séance fut close par un discours jubilaire, un *Festrede*, du professeur Schrötter, apologétique de Türk et de Czermak.

Après quoi on inaugura l'exposition des instruments et documents laryngologiques.

Du mardi 21 au samedi 25, eurent lieu, le matin et l'après-midi, les séances scientifiques du Congrès dans la salle étroite et surchauffée de la *Gesellschaft der Aerzte*. Étaient inscrits au programme 10 rapports et 80 communications. Le règlement n'octroyait que vingt minutes de parole aux communicants, mais il ne fixait, par contre, aucune contrainte de durée à l'éloquence des rapporteurs. Ceux-ci ne voulurent pas paraître indifférents à un tel acte de courtoisie, et ils furent longs, très longs, excessivement longs. Tel, après avoir charitablement prévenu son auditoire qu'il parlerait plus brièvement que son prédécesseur, discourut un quart d'heure de plus : ce qui obligea le président de la séance à supplier les orateurs suivants de « ne point être courts ». Et ainsi on put voir, je ne dis pas entendre, des savants

lire avec quelque peine, pendant parfois plus d'une heure, des séries de chiffres et des relevés de températures et d'observations. Impavides, comme le veut Horace, ils ne tremblaient ni devant les objurgations du président, ni devant les manifestations d'un auditoire, qui, d'abord impatient, trépignait, puis, lassé, se dispersait; sûrs d'eux-mêmes, insensibles aux vaines contingences ambiantes, ils allaient jusqu'au bout de la tâche qu'ils s'étaient tracée. Il est vrai qu'on ne les écouta guère : mais on n'écoula pas non plus les communications libres, pour une raison différente, il est vrai : parce que le Congrès ayant été moins long que les rapporteurs, un dixième à peine des communications annoncées put être fait.

Pour remédier dans l'avenir à un tel état de choses, il a été décidé que, dans les congrès ultérieurs, les rapports seront imprimés et distribués aux congressistes avant leur réunion; les rapporteurs se borneront alors à exposer de vive voix à la tribune le résumé de leurs conclusions, pour en amorcer la discussion. Cette mesure est excellente. Il y a plus de quinze ans qu'elle est appliquée à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, où elle donne de parfaits résultats. En effet, un rapport est une œuvre de longue haleine, qui demande à son auteur un travail considérable. Ce rapport doit donc être écrit avec développement et lu avec recueillement. Un mémoire qu'on débite en quinze à vingt minutes d'une voix sourde devant un auditoire inattentif, n'est qu'une formalité sans aucune portée scientifique, et qui n'a d'autre but que de corser le programme d'un congrès, en inscrivant sur l'affiche des noms en vedette. Le public n'a même pas le plaisir des yeux, puisque généralement les rapporteurs sont de vieux savants.

Il est à souhaiter très vivement que le II^e Congrès international de Laryngo-Rhinologie tienne très strictement la main à l'observance de cette règle.

Et puis, ne pourrait-on obtenir, ce qu'on fait à la Société belge de Laryngologie, que rapporteurs et communicants développent oralement leur travail et ne le lisent pas. N'écoutent en général que les gens auxquels on s'adresse. Or comment votre public vous écouterait-il, quand, en lisant, vous prenez comme seuls interlocuteurs votre manuscrit et votre verre d'eau sucrée?

Il n'y a que des félicitations à adresser aux organisateurs des fêtes qui égayèrent le Congrès; la légendaire « Gemüthlichkeit » des médecins viennois s'y donna libre cours.

Le mercredi 22 avril, la ville de Vienne reçut les Congressistes en un banquet, pour lequel elle avait ouvert à la Laryngo-Rhinologie le splendide Rathhaus. Huit cents convives dînèrent à l'aise dans la grande salle des fêtes, dont le décor néogothique évoquait le souvenir des festivaux wagnériens. Le vice-bourguemestre Neumayer, le ministre Gessmann prononcèrent des phrases sonores de bienvenue, tandis qu'une armée de maîtres d'hôtels faisait circuler de curieux poissons danubiens, et des vins d'Autriche certes moins cinquantenaires que la laryngologie. Jamais le miroir laryngien n'aurait pu rêver une apothéose dans un cadre aussi éblouissant, et nous regrettons que pour y figurer, autrement qu'en plâtre, Türk et Czermak n'aient point connu la vieillesse triomphante de Gareia.

Le jeudi, un banquet plus intime réunissait les Congressistes à l'Hôtel Continental. Et, le vendredi soir, après s'être dispersés dans les théâtres de Vienne qui les ébergeaient gracieusement, les mêmes Congressistes se réunirent au palais du Statthalter Kielmansegg, qui les reçut au nom de l'État.

On s'était proposé d'excursionner le samedi et le dimanche dans les ravissants environs de Vienne ; mais le vent et la neige en décidèrent autrement ; et, tandis que nous discourions et banquetions dans les salles chauffées, le printemps faisait rage au dehors.

La mort subite de Schrötter fut l'événement extraordinaire et imprévu qui rendra ce premier congrès à jamais mémorable. Elle survint à son heure, ainsi qu'en une scène bien réglée d'un drame historique.

Le mercredi 22 avril, vif et expansif comme à son habitude, car ses soixante et onze ans n'avaient pas ralenti son allure, Schrötter faisait à la séance inaugurale du Congrès l'éloge de Türk et de Czermak. Le soir, il recevait à sa table beaucoup de ceux qui, aujourd'hui ses convives, avaient été hier ses élèves : et ainsi je fus des heureux qui l'entendirent pour la dernière fois. La pétulance et la bonhomie avec lesquelles il avait l'habitude d'exercer son hospitalité ne s'étaient point démenties. A minuit, il reconduisait ses hôtes : à minuit et demi, il se mettait au lit, pour y mourir aussitôt d'un accès d'angine de poitrine.

Le 23 avril montra la grande tristesse des lendemains. De bonne heure, je me rendais à la salle du Congrès, ruminant non sans quelque émotion le rapport que je devais débiter devant un parterre de rois du larynx. Vienne était triste : des nuages bas, la pluie tombait très froide. Me voici arrivé devant l'hôtel de la Société des médecins. Mais qu'est-ce donc ? un immense drapeau noir en endeuille la façade. Discrètement, des gens silencieux entrent et sortent à la hâte. « Schrötter est mort ! » me dit-on. Ah ! ? Et voici Chiari, sans son sourire habituel ; rapidement il m'entraîne avec quelques intimes, avec Fraenkel, avec Semon, avec Masséi, vers la maison de la *Marianengasse*, qu'on avait quittée si gaiement quelques heures auparavant. Tout y paraissait autre : la mort avait passé, et déjà Schrötter vivait dans l'histoire.

Quand nous fûmes revenus de notre invraisemblable surprise, nous convînmes que l'homme qui avait disparu n'aurait pu souhaiter mort plus douce et plus glorieuse. Schrötter tombait au champ d'honneur, au milieu des triomphes de la bataille gagnée ; ainsi mourut Nelson, le jour de sa victoire de Trafalgar, pensaient nos confrères anglais. Et repassant en ma mémoire toutes les luttes soutenues par ce grand médecin, qui avait recueilli la laryngologie au berceau des mains défaillantes de Türk, pour la conduire jusqu'aux fêtes de la consécration de sa force, puis la quittait alors qu'elle pouvait se passer de lui, je me rappelais ce mot mis dans la bouche du régent mourant : « France, qu'as-tu encore besoin de moi ? Tu m'as confié un enfant, et je te rends Louis XV. »

Le I^{er} Congrès international de Laryngo-Rhinologie sera évidemment suivi de beaucoup d'autres. Où et quand le II^e Congrès aura-t-il lieu ? Nul ne le sait encore. Le Congrès de Vienne ne s'est pas cru qualifié pour prendre une décision à cet égard, et il a chargé un Comité international, composé de Fraenkel, président ; Chiari,

Hellat, Lefferts, Massei, Moure, Semon, de régler ultérieurement cette question. S'il m'était permis de suggérer humblement à cette noble assemblée quelque avis, ce serait d'essayer de travailler à établir l'« entente cordiale » entre l'Oreille et la Gorge, entente dont les maladies, ignorant le sacro-saint principe de la dualité, nous donnent l'exemple. Que les grands-prêtres des deux religions otologique et laryngologique consentent à siéger côte à côte, ainsi que déjà, dans toutes les parties du monde, le font leurs ouailles; qu'ils fusionnent leurs deux castes, et tout ira pour le mieux dans l'avenir. Sinon, nous sommes menacés d'avoir à assister non seulement à nos Congrès nationaux, mais encore aux Sections otologiques des Congrès internationaux de Médecine, aux Sections laryngologiques desdits Congrès, plus aux Congrès autonomes internationaux d'Otologie, enfin aux Congrès non moins autonomes et internationaux de Laryngologie. Et s'il vient un jour à la Rhinologie l'idée de proclamer son indépendance internationale, et si la Broncho-Oesophagoscopie demande aussi à faire congrès à part, en attendant qu'elle se scissionne à son tour, nous serons condamnés, pauvres vagabonds de la science, à rouler incessamment dans les express non moins internationaux: et ainsi, nous vivrons pour congresser.

Et que vaudra une production scientifique ainsi forcée? Pour ma part, je me sens incapable de faire par an plus d'une découverte géniale dans la science que je cultive cependant avec tant d'éclat.

Pour finir, je ferai un reproche à mes compatriotes.

Vous vous plaignez, chers confrères, que les étrangers ne citent pas vos travaux et ignorent vos instruments. Mais comment pourraient-ils le faire, n'ayant probablement pas le don de télépathie? Pour être connus d'eux, exhibez-vous; montrez-leur vos figures au lieu de leur montrer les dents. Le commerce laryngologique, comme tout commerce, vit d'exportation: seulement, pour exporter, il faut se déplacer et aller solliciter sa clientèle. Attendre qu'elle prenne les devants et vienne à vous, cela risque d'être presque aussi long qu'un rapport de congressiste.

Quarante-trois Français étaient, paraît-il, inscrits au Congrès de Vienne. J'en vis bien une bonne douzaine aux cérémonies non scientifiques: mais, dans la salle des séances, le jour où la France présida en ma personne, j'en aperçus trois, dont votre serviteur. Si bien que, désirant être compris du public, je dus exposer mon rapport en allemand; et mon ami Luc en fit autant. Heureusement que nos confrères belges, — ce dont nous ne saurions trop leur être reconnaissants, — étaient en majorité pour représenter la laryngologie de langue française.

Nos jeunes spécialistes brillent par l'absence de leurs communications dans ces nobles tournois scientifiques. Évidemment ils escomptent la représentation de leurs anciens, plus naïfs et plus dévoués. Aussi bien peut-être ont-ils raison à leur point de vue strictement économique, puisque, dans tous les Congrès où je parais, je rencontre les mêmes protagonistes français, les Luc, les Moure, les Garel, les Castex, etc. Mais, est-il bien juste que ce soient « toujours les mêmes qui se fassent tuer »?

M. LERMOYEZ.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

80^e Réunion des naturalistes et médecins allemands.

La réunion aura lieu à Cologne du 20 au 26 septembre 1908.

La section de *Laryngo-Rhinologie* sera présidée par le conseiller sanitaire professeur CARL HOPPMANN, demeurant 52, Hohenzollernring, à Cologne.

La section d'otologie sera présidée par le professeur H. PREYSING, demeurant 71, Schaafenstrasse, à Cologne.

Association médicale Britannique.

La 66^e réunion annuelle de l'Association médicale britannique aura lieu à Sheffield, du 28 au 31 juillet 1908.

La section d'oto-rhino-laryngologie sera présidée par le Dr GEORGES WILKINSON, de Sheffield.

Les thèmes suivants sont mis spécialement en discussion :

Mercredi 29 juillet. — Les inflammations chroniques du pharynx. — Rapporteurs : MM. SAMES BARRY, BALL et PETER, MAC BRIDE.

Judi 30 juillet. — Diagnostic et complications intracrâniennes des suppurations de l'oreille moyenne. — Rapporteurs : MM. CHARLES A. BALLANCE et ARTHUR L. WHITEHEAD.

Vendredi 31 juillet. — Procédés de traitement des suppurations de l'autre maxillaire. — Rapporteurs : MM. SAINT-CLAIR et THOMSON ARTHUR LOGAN TURNER.

Toute correspondance relative avec discussions ou communications doit être adressée à M. HUNTER F. TOD, III Harley Street, Londres ; et tout ce qui a trait à l'exposition des préparateurs et des instruments doit être envoyé à M. W. S. KERN, 281, Glossop Road, Sheffield.

Société oto-rhino-laryngologique de Bucarest.

Cette Société nouvelle a été fondée en novembre 1907. Elle tient des séances tous les quinze jours et change de président tous les mois.

Son secrétaire est le Dr BILMAN-BESA.

Société néerlandaise d'oto-rhino-laryngologie.

Cette Société a tenu des séances annuelles à Rotterdam, les 24 et 25 mai 1908.

Deux rapports avaient été mis à l'ordre du jour :

1^o Dr STRUYCKEN. — De l'audition de la parole et des sons simples après l'ablation des ossicules ou l'opération radicale.

2^o Dr STRATZ. — Le nez au point de vue de l'esthétique et de l'anthropologie.

Société belge d'oto-rhino-laryngologie.

Le Congrès annuel de la Société belge d'oto-rhino-laryngologie aura lieu cette année à Bruxelles, les 27-28-29 juin.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour et feront l'objet des rapports :

M. FERNANDEZ. — Les anesthésiques en oto-rhino-laryngologie.

M. BROCKAERT. — Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngienne.

M. FALLAS. — L'examen du sang dans les complications endocrâniennes d'origine otique ou rhinitique.

NOMINATIONS.

Les Drs GRABOWER (Berlin), BRIEGER (Breslau) ont reçu le titre de professeur.

Le Dr WITTMACH (Greifswald) a été nommé professeur ordinaire d'oto-rhino-laryngologie à Iéna.

Le Dr J.-W. GLEITSMANN (New-York) et M. LERMOYER (Paris) ont été nommés membres correspondants de la Société de laryngologie de Vienne.

NOUVELLES.

Le *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* s'occupera désormais des questions de laryngologie. La direction de ce journal s'est adjoint le professeur G. KILLIAN (de Fribourg) à cet effet. De plus en plus en Allemagne, on se voit, par la force des choses, poussé vers l'unionisme rhino-laryngologique.

Le Dr FÉLIX BLUMENFELD (de Wiesbaden) vient de faire paraître un nouveau journal spécial intitulé *Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete*. Il est édité chez Curt Kabitzch, à Wurzburg, et paraîtra tous les deux mois.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÊMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Panadol)

Médecament spécifique des

MIGRAINES

et des NÉURALGIES RÉBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

E

le PARO

leur.

ES, M.

actes.